Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. W. Schulte

Über das Verhalten vor dem Suicidversuch

(Eine Untersuchung an 90 Fällen von SMV psychotischer und nichtpsychotischer Persönlichkeiten)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Manfred Poppele
aus Stuttgart

1969

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543901_0011

Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. W. Schulte

Über das Verhalten vor dem Suicidversuch

(Eine Untersuchung an 90 Fällen von SMV psychotischer und nichtpsychotischer Persönlichkeiten)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Manfred Poppele
aus Stuttgart

1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. med. W. Graumann

1. Berichterstatter: Privatdozent Dr. med. G. Irle
2. Berichterstatter: Professor Dr. med. W. Schulte

FOTODRUCK PRÄZIS Barbara v. Spangenberg KG • Tübingen

Meinen Eltern und meinem Bruder

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

EINFÜHRUNG

Literaturübersicht 1
Fragestellung der vorliegenden Arbeit 4
Methodik 4

STATISTISCHER TEIL

I. Geschlechtsverteilung 7
II. Altersverteilung 7
III. Familiärer Status 9
IV. Konfessionszugehörigkeit 9
V. Angewandte Mittel 10
VI. Diagnostische Gruppeneinteilung 12

PSYCHIATRISCHER TEIL

A) Die Vorbereitungen zum Selbstmordversuch 15
I. Der Zeitpunkt des Selbstmordversuches 15
II. Erste Überlegungen zum Selbstmordversuch 17
1. Präsuicidale Tendenzen 17
2. Vorangegangene Selbstmordversuche 21
3. Suggestion durch familiäre Belastung oder durch die Umgebung 24
III. Unmittelbar suicidale Verhaltensweisen 26
1. Das auslösende Ereignis 26
2. Die Wahl der Mittel 29
3. Entschlußfassung 33
4. Der Zeitraum zwischen Entschluß und Ausführung 37

Seite

B) Psychopathologische Verhaltensweisen 45
I. Das soziale Umfeld 45
1. Die zwischenmenschlichen Beziehungen 45
2. Ankündigung 50
3. Das äußere Verhalten zu den zuletzt gesehenen Menschen 53
4. Die Beziehung zwischen Tatort und Ausführung zur Umgebung 57
II. Intrapsychische Vorgänge 58
1. Die Stimmungslage 58
2. Das Denken (bewußtseinshelle Probleme) 63
3. Die Intention 64
4. Religiöse Einflüsse auf den SMV 66

C) Stellungnahme nach dem Selbstmordversuch zur Rettung 68

ZUSAMMENFASSUNG 71

LITERATURVERZEICHNIS 74

EINFÜHRUNG

" ... aber das Geschehene kann nicht rückgängig gemacht, sondern nur getrübt werden ..." (KAFKA)

Innerhalb der Psychiatrie hat der Selbstmord (SM) und neuerdings der Selbstmordversuch (SMV) aus verschiedensten Gesichtspunkten eine vielfältige Bearbeitung erfahren. Jeder, der sich mit diesem Problem beschäftigt, muß das Gefühl haben, nur Spuren zur Erkenntnis zu finden.

Die Entwicklung des Menschen, sein persönliches Schicksal, die Gestaltung seiner Umwelt und ihr Werterleben lassen sich nicht in ein starres Schema pressen. In der sachlichen Betrachtung des Außenstehenden ist jedem Selbstmord und Selbstmordversuch ein gewisses Maß an Verständnis entgegenzubringen. Der seelische Konflikt kann einfühlbar sein, doch bleibt ein guter Rest Unbegreiflichkeit, wie das fatale Geschehen schließlich ohne jede innere oder äußere Hemmung ablaufen konnte.

Auf vielen Wegen wurde versucht, das Selbstmordproblem zugänglich zu machen. Schon früh ließen die Arbeiten der Statistiker das Ausmaß der Suicidhäufigkeit zu Ende des letzten Jahrhunderts erkennen. Damit war zugleich der Anstoß gegeben, der Kausalität auf den Grund zu kommen. Eine in der Folge mehr einseitige, fast mechanistische Auffassung vom Suicid führte zu dem Irrtum, dieses Phänomen sei aus seinen Erscheinungsformen, seinen Motiven, seiner Einordnung in die Gesellschaftsstruktur, seiner Häufigkeit in den jeweiligen Altersgruppen, seinem Bezug zu den Geschlechtern, zu den Konfessionen, zum Beruf und Familienstand erklärbar.

Eigenartigerweise hat bis in die Mitte dieses Jahrhunderts vorwiegend der vollendete Selbstmord das Interesse auf sich gezogen und weniger die mißglückten und vereitelten Versuche. Gerade bei ihnen hätten sich gute Möglichkeiten geboten, aus dem Munde der Suicidalen einiges über die Entwicklung zu diesem Schritt zu erfahren.

Inzwischen ist dies Versäumnis nachgeholt worden. Auf die wichtigsten Arbeiten der letzten 35 Jahre sei kurz hingewiesen:

Aus der Literatur der Vorkriegszeit über den Selbstmordversuch sind die Arbeiten von HEIMERZHEIM ("Über den SMV bei nichtpsychotischen Persönlichkeiten"), SCHMIDT, G. ("Erfahrung an 700 SMV") und eine grundlegende Arbeit v. ANDICS ("Von Sinn und Sinnlosigkeit des Lebens") hervorzuheben. Diese Arbeiten sind vorwiegend psychologisch-psychiatrisch und wenig statistisch ausgerichtet, wobei eine besondere Aufmerksamkeit den abnormen Persönlichkeiten gilt. v. ANDICS hat viele verhinderte Selbstmörder exploriert und herausgearbeitet, daß aus den personalen Lebensbereichen vorwiegend Krankheit und Elternhaus, Gemeinschaft, Freundschaft, Liebe, Ehe, Ruf und Wertung der Person, aus den sachlichen Lebensbereichen dagegen vor allem Materielles, Gesundheit, Intelligenz, Schule, Beruf und Leistung für die Entwicklung suicidaler Tendenzen bedeutsam sind. Die in den Kriegsjahren von FINDEWIRTH und SPIEGELBERG erschienenen Arbeiten widmen sich dem psychologischen und psychopathologischen Aspekt des Selbstvordversuches. SYBERBERG versucht einzelne SM-Typen (Flucht, Bilanz, Theater- bzw. Demonstration) den einzelnen psychotischen und nichtpsychotischen Gruppen zuzuordnen. DAHLGREN war 1945 der erste, der sich damit beschäftigte, wie viele von denen, die einen SMV unternommen hatten, sich im Verlauf der Jahre schließlich doch getötet haben.

Neue Richtungen wurden durch die Arbeiten STENGELS in London und RINGELS in Wien gewiesen. RINGEL kommt in seinen 1953 und 1961 erschienenen Monographien zu dem Ergebnis, daß die suicidale Handlung als in jedem Fall psychisch krankhaft anzusehen ist. Er prägt den Begriff des präsuicidalen Syndroms, worunter er Einengung infolge maximaler affektiver Entladung, Aggression und Flucht in die Irrealität versteht. Dieses Syndrom glaubt er auch für den SMV des Psychotikers nachweisen und verantwortlich machen zu können. Letztlich ist die Selbstmordhandlung bei RINGEL nichts anderes als der Abschluß einer neurotischen Entwicklung. Man muß sich jedoch fragen, ob dies nur für die SMV der abnormen Persönlichkeiten im engeren Sinne zutrifft und weniger für die abnorm Erlebnisreaktiven. Es muß nicht jeder, der einen SMV unternimmt, ein Neurotiker sein. Zwischen SMV und SM wird bei RINGEL nur ein quantitativer Unterschied gesehen.

Das Gegenteil vertritt STENGEL in seiner 1958 erschienenen Monographie " "Attempted suicide" und in einem Beitrag in Bd III der "Psychiatrie der Gegenwart": "SM und SMV sind grundverschiedene Phänomene." Eine Unterscheidung in psychotischen und nichtpsychotischen SM wird abgelehnt. Eine Anzahl von SMV sind nach STENGEL als mißlungene Selbstmorde und eine Anzahl von SM als mißlungene Selbstmordversuche aufzufassen. Die SM-Handlung wird, wenn sie zum SM oder SMV führt, von der Beziehung zwischen den auf Selbsterhaltung und den auf Selbstvernichtung abzielenden Tendenzen abhängig gesehen. Ein

SMV ist demnach dann als geglückt anzusehen, wenn er das Ziel, eine Art Appellfunktion, in der Zuwendung der Umwelt erreicht hat. Der SMV hat im Leben der betreffenden Person weithin Gottesurteilscharakter und stellt eine soziale Verhaltensweise ("social pattern") dar. Diese grundsätzliche Form der Unterscheidung zwischen SM und SMV ist nicht ohne Problematik, denn man muß sich fragen, wann eigentlich von einem geglückten und wann von einem nicht geglückten SMV gesprochen werden kann. Dies ist vielleicht beim SM möglich, obgleich auch hier ein mißglückter SM eben nur noch, für den Untersucher zumindest, ein Versuch ist, für dessen suicidale Intention es keine sicheren Kriterien gibt. Immer wieder versucht man, solche aufzustellen, beispielsweise die Art der Selbstmordmittel, die Schwere der Verletzung oder Vergiftung, die Ausschaltung rettenden Eingreifens anderer Personen usw. Die Tötungsabsicht kann letztlich nur aus der Aussage des Geretteten und deren Beurteilung durch den Untersucher im Zusammenhang erschlossen werden. Wie soll man nun einen gelungenen von einem mißlungenen SMV unterscheiden? STENGEL versuchte über katamnestische Erhebungen bis zu 5 Jahren nach dem SMV zu einem Ergebnis zu kommen. Die retrospektive Betrachtung des SMV ist für die Beurteilung des akuten Geschehens unbefriedigend. Es ist zu bedenken, warum dem SMV qualitativ so ganz andere psychische Abläufe zugrundeliegen sollen als dem SM. Solange durch absolut sichere Kriterien ein Beweis nicht zu erbringen ist, daß nur ein SMV oder ein SM unter Ausschluß jeglicher Möglichkeit auf Rettung geplant war, wird man die aus den Selbstvordversuchen gewonnenen Erkenntnisse auch auf den Selbstmord anwenden können. Entsprechende Vorbehalte ergeben sich hinsichtlich der gestellten Diagnosen. Zwischen dem SMV und SM eines Cyclothymen oder Schizophrenen wird ein weit geringerer qualitativer Unterschied bestehen als beim SM und SMV eines Psychopathen oder abnorm Erlebnisreaktiven.

Hervorzuheben ist noch eine Arbeit von DUBITSCHER ("Der Suicid"). Er hat an Hand von Versorgungsakten der Bundesversicherungsanstalt die Suicide von Soldaten des 2. Weltkrieges bearbeitet. Flüchtig werden hier Fragen wie "Besonderheiten zur Tatzeit", "Verhalten vor dem SM" berührt. SCHWARZ, F. und VÖLKER, M. gingen auf diese Fragen gleichfalls nur am Rande ein. Reichlich ist die Literatur der angelsächsischen Länder. Auf sie wird im Text verwiesen.

Fragestellung der vorliegenden Arbeit

Das Thema dieser Arbeit sollte ursprünglich "Über das Verhalten vor dem Suicid" lauten. Nach einigen Überlegungen stellte sich die Frage, inwieweit es möglich ist, hierüber aus Akten und Krankengeschichten Zuverlässiges zu erfahren. Was interessierte, war das Verhalten und weniger die Tat als solche, ob nun Selbstmord oder Selbstmordversuch.

Die Exploration der an einem Selbstmordversuch unmittelbar oder mittelbar Beteiligten hat gewisse Schwierigkeiten, sobald man das Thema "Wie wäre es zu verhindern gewesen?" berührt. Im Kreise der Betroffenen fühlt sich jeder mehr oder weniger mitschuldig und ist bemüht, diese zu Recht oder Unrecht bestehende Schuld nicht einzugestehen. Noch wichtiger erscheint, daß von dem Selbstmörder selbst nichts mehr über den genauen Ablauf zu erfahren ist, auch dann nicht, wenn Abschiedsbriefe hinterlassen wurden. Man muß sich an die halten, welche nach einer sucidalen Handlung überlebt haben, gleichgültig zunächst, welchem Umstand sie dies zu verdanken haben. Hier ist die Möglichkeit gegeben, in intensivem Gespräch den Tatbestand weitgehend zu rekonstruieren. Zudem besteht der Vorteil, diese Angaben denen außenstehender Personen gegenüberstellen zu können. Man darf annehmen, solchermaßen gewonnene Ergebnisse auch auf den Selbstmord übertragen zu dürfen.

Zu klären sind Fragen nach dem Unterschied zwischen dem Selbstmordversuch von psychotisch veränderten Patienten und von nichtpsychotischen, aber sonstwie psychiatrisch auffälligen Suicidalen (mit Ausnahme der abnorm Erlebnisreaktiven, die hier als "unauffällig" zu gelten haben) hinsichtlich

- der Vorbereitungen zum SMV,
- des auslösenden Ereignisses,
- der Wahl der Mittel,
- des Verhaltens im sozialen Umfeld,
- der Stimmungslage und
- der religiösen Einflüsse.

Methodik

Zu diesem Zweck wurden insgesamt 90 Patienten eingehend exploriert, welche wegen eines SMV entweder in die Universitäts-Nervenklinik Tübingen oder in die psychiatrische Abteilung des Bürgerhospitals Stuttgart aufgenommen wurden.

In den meisten Fällen konnte das Gespräch wenige Tage nach der Aufnahme, in der Regel 1 - 2 Tage nach dem Tentamen, durchgeführt werden. Nur in 4 Fällen (3 Frauen und 1 Mann) lagen die Versuche längere Zeit zurück und die Patienten befanden sich aus anderen Gründen in der Klinik. Sie fanden jedoch deshalb Berücksichtigung, weil es sich um durchschnittlich intelligente und aufgeschlossene Patienten handelte, die noch durchaus in der Lage waren, differenziert über den noch nicht lange zurückliegenden SMV zu berichten.

Um die Ergebnisse der Explorationen in bescheidenem Umfang objektivieren zu können, wurde ein Fragebogen ausgearbeitet. Diese Fragen wurden zwanglos in die Unterhaltung eingestreut. Die Gespräche dauerten durchschnittlich 1 1/2 Stunden. Oft mußte erst behutsam ein vertrauensvoller Kontakt hergestellt werden, was so gut wie nie auf ernsthafte Schwierigkeiten stieß. Nachstehend die Fragen:

- Wann wurde der SMV unternommen? Wieviele Versuche sind diesem vorausgegangen?
- Mit welchen Mitteln wurde der SMV unternommen?
- Was war der unmittelbare, hauptsächlich entscheidende Anlaß?
- Wann wurden die ersten Überlegungen über den SMV angestellt?
- Erfolgte die Wahl des Mittels spontan oder nach langer Überlegung?
- Wurde schon früher an Selbstmord gedacht?
- Was waren die stärksten Probleme, die vor der Ausführung das Denken beherrschten?
- Hätte irgendein Mensch oder ein Ereignis noch nach dem Entschluß zum SM von diesem abhalten können?
- Wann wurde der endgültige Entschluß zur Tat gefaßt?
- Hatten Sie Angst vor dem Tode?
- Wurden die SM-Gedanken anderen Personen mitgeteilt?
- Bestanden religiöse oder weltanschauliche Bedenken, die den Entschluß zum SMV mit beeinflußt haben?
- Waren Sie nach dem unumstößlichen Entschluß gegenüber der Zeit vorher erleichterter, befreiter, beruhigter, erlöster, heiterer, erregter, glücklicher, trauriger, depressiver, verzweifelter? Welche Gefühle hiervon waren am stärksten?
- Wo und wie wurde die Zeit in den letzten Tagen verbracht?
- Wurde Ablenkung in Gesellschaft oder Gesprächen gesucht?
- Bestand das Bedürfnis zur Aussprache mit anderen Menschen?
- Wie war das äußere Verhalten? Sollte niemand etwas merken?
- Wurden nach dem Entschluß noch Andeutungen gemacht?
- Schilderung der letzten Stunden vor der Tat. Abschiedsbriefe?

- Bestand das Gefühl, allein eine absolute Entscheidung nur aus eigenem Willen gefällt zu haben oder trieb ein fremder Zwang?
- Verhalten gegenüber den zuletzt gesehenen Menschen?
- Welches Empfinden und welche Gedanken bestanden direkt bei der Ausführung?
- Stellungnahme zur Rettung? Weitere suicidale Tendenzen?

Mit diesen Fragen sollten die inneren und äußeren Bedingungen erhellt werden, welche in der suicidalen Phase, d.h. vom Auftreten erster SM-Gedanken bis zur Ausführung des Versuches bestimmend waren.

Später wurden die Krankengeschichten zum Vergleich und zur Ergänzung herangezogen. Hieraus konnten auch die Angaben der Angehörigen entnommen werden, wenn zu einer direkten Befragung keine Gelegenheit war. In vielen Fällen waren Verwandte, Freunde oder sonst nahestende Personen nicht oder nur unter Überwindung größerer Entfernungen (großes Einzugsgebiet der Tübinger Klinik) zu erreichen. Viele Patienten waren auch alleinstehend. Sehr kurz, meist nur 1 - 2 Tage, waren die Klinikaufenthalte bei den abnormen Erlebnisreaktionen.

STATISTISCHER TEIL

I. Geschlechtsverteilung

Von den insgesamt 90 wegen eines SMV in die Klinik aufgenommenen Patienten waren 55 (61,1%) Frauen und 35 (39,9%) Männer. Das entspricht einem Verhältnis von 1,53 : 1. Diese Proportion steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen bei DONALIES, STENGEL, RÜEGSEGGER und anderen.

RINGEL vertritt die Ansicht, daß die Frauen beim SMV deutlich überwiegen. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, daß sich das Geschlechtsverhältnis beim SMV einem Ausgleich zubewegt, d.h. die SMV der Männer nehmen ständig zu.

II. Altersverteilung

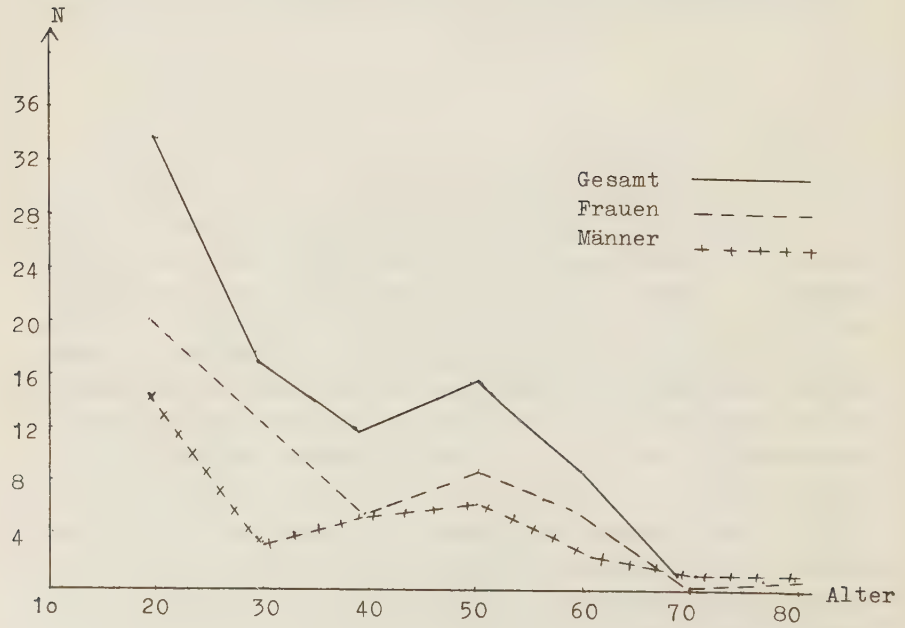
Die Altersverteilung zeigt bei den Männern einen Gipfel zwischen dem 20. - 25. Lebensjahr und einen erneuten Anstieg zwischen dem 45. - 55. Lebensjahr. Die Frauen zeigen gleichfalls diese Gipfel, jedoch ein früheres Einsetzen der 2. Spitze vom 35. Lebensjahr an mit einem Maximum zwischen dem 45. - 50. Lebensjahr. Dies ist sicherlich durch die endokrinologischen Eigentümlichkeiten der Frau mitbedingt. Beiden Geschlechtern ist grundsätzlich die höhere Selbstmordgefährdung in zwei verschiedenen Altersphasen eigen. Sie muß in engem Zusammenhang mit der Persönlichkeitsentwicklung und Realisierung der Lebensziele und Lebensvorstellungen gesehen werden.

Für die Männer und Frauen ist das Absinken der Selbstmordversuchsquote jenseits des 60. Lebensjahres charakteristisch, während die Häufigkeit der Selbstmorde mit steigendem Alter zunimmt. Diese Befunde stehen im Einklang mit den statistischen Ergebnissen anderer Autoren. Es liegen konstante Einflüsse vor, über deren Art und Bedeutung in der Literatur vielfältige Erklärungen gegeben werden. (Zum Vergleich mit Tab. 1 und Abb. 1 siehe bei SEEGERS, RINGEL, HOFF, F., SCHINKO, STENGEL und RÜEGSEGGER).

Tab. 1 Geschlechts- und Altersverteilung

Alter	15 - 25	26 - 35	36 - 45	46 - 55	56 - 65	66 - 75	76 - 85
Männer	14	4	6	7	3	1	-
Frauen	20	13	6	9	6	-	1

Abb. 1 Altersverteilung



III. Familiärer Status

Der Einfluß des Familienstandes auf die Häufigkeit und Neigung zu Selbstmordtendenzen ist viel diskutiert worden. Alle Statistiker (FÜLLKRUG, GRUHLE, SCHWARZ, F. u.a.) haben der engen familiären Bindung eine selbstmordhemmende Wirkung zugeschrieben. Ob diese Aussage auch für den SMV gemacht werden kann, ist mit Zurückhaltung zu entscheiden, darf aber doch als zutreffend angenommen werden. Zur Orientierung über die bei den untersuchten Patienten vorgefundenen Verhältnisse diene Tab. 2 und Abb. 2

Tab. 2 Familiärer Status

Familienstand	Männer	Frauen	Gesamt
ledig	20 (57,1%)	21 (38,2%)	41 (45,5%)
verheiratet	8 (22,9%)	21 (38,2%)	29 (32,2%)
geschieden	4 (11,4%)	5 (9,1%)	9 (10,0%)
verwitwet	1 (5,8%)	6 (10,9%)	7 (7,7%)
geschieden/verheiratet	2 (5,8%)	2 (3,6%)	4 (4,4%)

STENGEL fand bei seinen Untersuchungen gleiche Zahlenverhältnisse.

IV. Konfessionszugehörigkeit

In der einschlägigen Literatur ist ausgiebig diskutiert worden, ob die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Konfession im Sinne der Hemmung oder Förderung von SM-Tendenzen von Bedeutung sei.

Tab. 3 Konfessionszugehörigkeit

Konfession	Männer	Frauen	Gesamt
evangelisch	22	30	52 (57,7%)
römisch-katholisch	12	20	32 (35,5%)
ohne Angabe	-	3	3 (3,3%)
orthodox	-	1	1 (1,1%)
mohammedanisch	1	1	2 (2,2%)

Die absoluten Zahlen der Gesamtbevölkerung stehen nicht zur Verfügung und es kann nicht gesagt werden, ob die verschiedenen Einzugsgebiete der Tübinger und Stuttgarter Klinik in der konfessionellen Gliederung gleich sind oder nicht. Obenstehendes Ergebnis muß somit als Tatsache hingenommen werden. Auch STENGEL kam zu keinem beweiskräftigen Material.

V. Angewandte Mittel

An dieser Stelle sei ein allgemeiner Überblick über die Häufigkeit der jeweils beim SMV angewandten Mittel gegeben. Wie man sieht (Tab. 4) überwiegen passive Mittel. Sie machen allein 60% aller Methoden aus. Schlafmittel kamen in 45,5% der Fälle zur Anwendung. Dann folgen aktive Mittel in 33,4%. Kombinierte Methoden kamen in 6,6% der Fälle vor.

STENGEL, SCHMIDT, H.E. geben ähnliche Zahlen an. Der von RÜEGSEGGER angegebene Unterschied in der Geschlechtsverteilung, wonach 62% Frauen und 37% Männer Tabletten nehmen, kann nicht bestätigt werden.

Aufschlußreich ist der Vergleich mit den beim Selbstmord angewandten Mitteln. Nach RÜEGSEGGER überwiegen aktive Mittel wie Strangulation, Erschießen (nur bei Männern) und Sturz aus der Höhe. STENGEL berichtet, daß am meisten sowohl bei Männern als auch Frauen Kochgas, dann Schlafmittel, Sturz und

Erhängen zur Durchführung des Selbstmordes verwendet werden.

Im Hinblick auf die Gefährlichkeit in der Wahl der Mittel scheint sich ein Unterschied zwischen SMV und SM zu bestätigen. Dieser Hinweis ist jedoch nicht ausreichend, um etwas über die Ernsthaftigkeit der Absicht des Suicidalen auszusagen.

Aufschlußreich ist die Untersuchung, innerhalb welcher Diagnosegruppen die einzelnen Mittel zum SMV bevorzugt benutzt werden. Dabei wäre zu klären, von welchen Gruppen aktive oder passive Mittel vorgezogen werden und wie sich die psychotische Frau gegenüber dem psychotischen Mann in der Wahl der Mittel verhält. Darauf wird im 2. Teil der Arbeit eingegangen.

Tab. 4 Angewandte Mittel

A. Passive Mittel	Männer	Frauen	Gesamt
1. Schlafmittel, Narkotika	16 (45,7%)	25 (45,4%)	41 (45,5%)
2. Gift	-	2 (3,6%)	2 (2,2%)
3. Ätzmittel	-	2 (3,6%)	2 (2,2%)
4. Gas	2 (5,7%)	4 (7,2%)	6 (6,6%)
5. Andere Medikamente (Psychopharmaka etc.)	1 (2,9%)	2 (3,6%)	3 (3,3%)
B. Aktive Mittel			
1. Ertränken	-	5 (9,1%)	5 (5,5%)
2. Strangulation	4 (11,4%)	4 (7,2%)	8 (8,8%)
3. Verbrennen	-	1 (1,8%)	1 (1,1%)
4. Stich, Schnitt	8 (22,8%)	6 (10,9%)	14 (15,4%)
5. Sturz aus der Höhe	1 (2,9%)	-	1 (1,1%)
6. Wurf vor Fahrzeuge	-	1 (1,8%)	1 (1,1%)

C. Kombinationen	Männer	Frauen	Gesamt
1. Schlafmittel u.a. Medik.	1 (2,9%)	-	1 (1,1%)
2. Schlafm., Stich, Schnitt	2 (5,7%)	1 (1,8%)	3 (3,3%)
3. Gas und andere Mittel	-	1 (1,8%)	1 (1,1%)
4. Verbrennen u.a. Mittel	-	1 (1,8%)	1 (1,1%)

VI. Diagnostische Gruppeneinteilung

Auf GAUPP gehen die frühesten Untersuchungen zurück, gerettete Selbstmörder hinsichtlich psychischer und geistiger Auffälligkeiten zu differenzieren.

Die Literaturangaben über die Beteiligung von Geisteskranken am Selbstmord bzw. Selbstmordversuch schwanken zwischen 3 - 40%. RÜEGSEGGER fand bei seinen 132 Patienten mit SMV 25% endogene Psychosen (15% Schizophrenie, 10% endogene Depressionen), 16% Neurosen, 15% chronischer Alkoholismus. Bei HOFF, RINGEL und STENGEL finden sich gleiche Zahlen. Es muß angenommen werden, daß beim Selbstmordversuch der Anteil der Psychotiker wesentlich höher liegt als beim Selbstmord. HOFF ist der Meinung, daß beim SM der Anteil der Psychotiker im Durchschnitt viel mehr SMV unternimmt, wenn er nicht gleich beim ersten zum gewünschten Erfolg kommt.

Strittig ist die Frage der diagnostischen Einteilung bei den abnormen Persönlichkeiten. Jede Klinik hat ihr eigenes Schema. Da es sich um das Untersuchungsgut zweier verschiedener Kliniken handelt, mußte die vom behandelnden Arzt gestellte Diagnose für die Gruppenzuordnung als verbindlich gelten. Aus diesem Grunde ist die Gruppe "Psychopathie" zustandegekommen. Es wäre wünschenswert, in der Formulierung der Diagnose den Begriff "abnorme Reaktion bei neurotischer Persönlichkeitsentwicklung, bei haltlos psychopathischer Persönlichkeitsstruktur, einer hysterisch hypochondrischen Persönlichkeit" usw. zu verwenden.

Große Uneinheitlichkeit besteht auch in der Nomenklatur der abnormen Erlebnisreaktionen. Hier werden Begriffe wie "reaktive Depression" (BLEULER, M., RÜEGSEGGER) oder "abnorme Reaktion" oder "psychogene Reaktion" nebeneinander verwandt. Damit wird gelegentlich der Unterschied zu den depressiven Reaktionen verwischt.

In der Gruppe der "abnormen Reaktionen" mußten folgende Untergruppen gebildet werden:
- Psychopathie
- Neurose, (Hysterie)
- abnorme Erlebnisreaktion einer sonst psychisch unauffälligen Persönlichkeit.

Bei der abnormen Erlebnisreaktion hat man es vorwiegend mit dem Typus einer verzweifelt-kurzschlüssigen Reaktionsweise zu tun, die charakterisiert ist durch
- das Fehlen größerer psychopathologischer Auffälligkeiten,
- das Bestehen eines akuten oder chronischen schweren Konfliktes,
- das Vorhandensein von nachfühlbarer Verzweiflung, d.h. überwiegend emotionales Verarbeiten des Erlebten (BAER).

Tab. 5 Diagnosegruppen

A. Psychotische Patienten mit SMV	Männer	Frauen	Gesamt
1. Depressionen			
a) Cyclothymie	1 (3,8%)	9 (16,4%)	10 (11%)
b) Involutionsdepression	-	4 (7,3%)	4 (4%)
c) Depressive Reaktion	-	4 (7,3%)	4 (4%)
2. Schizophrenien			
a) Hepephrenie	1 (3,0%)	2 (3,6%)	3 (3%)
b) Chronische Schizophrenie	4 (11,4%)	9 (16,4%)	13 (15%)
3. Hirnorganische Veränderungen	2 (5,7%)	1 (1,8%)	3 (3%)
B. Nichtpsychotische Patienten mit SMV			
1. Abnorme Reaktionen			
a) Psychopathie	2 (5,7%)	5 (9,1%)	7 (8%)
b) Neurose, (Hysterie)	2 (5,7%)	6 (10,9%)	7 (8%)
c) Abnorme Erlebnisreaktion	14 (40,0%)	13 (23,6%)	27 (33%)
2. Alkoholiker			
a) Alkoholabusus	4 (11,4%)	-	4 (4%)
b) Chron. Alkoholismus	3 (8,6%)	1 (1,8%)	4 (4%)
3. Debilität	2 (5,7%)	1 (1,8%)	3 (3%)

Nach SCHNEIDER, K. sind die abnormen Erlebnisreaktionen in ihrer Abweichung durch die ungewöhnliche Stärke gekennzeichnet, wozu auch die Inadäquadheit im Verhältnis zum Anlaß gerechnet werden muß, ferner durch die Abnormität der Dauer dieser Reaktion.

Der Begriff der "depressiven Reaktion" ("psychogene Depression" bei KAHN, "reaktive Depression" bei GROSCH, MÜLLER, D.) wird ebenfalls nicht einheitlich verwendet. In dieser Gruppe sind jene Patienten zusammengefaßt, bei denen sich der langanhaltende depressive Verstimmungszustand auf dem Boden der konstitutionellen Depression, die sich an einen hinreichenden Anlaß anschließt, entwickelt hat. Sie bewahrt ihre Abhängigkeit von dem auslösenden Ereignis ebenso wie eine sonstige seelische Beeinflußbarkeit. "Es hat sich gezeigt, daß die weitaus größere Zahl der depressiven Reaktionen mit dem Manisch-depressiven-Irresein der cyclothymen Konstitution und dem pyknischen Körperbau nichts oder nur wenig zu tun haben (GROSCH)". Nur so sind die verschiedenartigen Zuordnungen erklärbar: SCHNEIDER, K. rechnet die depressive Reaktion zu den abnormen Erlebnisreaktionen, KRETSCHMER, E. zu den asthenischen Persönlichkeitsreaktionen, BLEULER, E. zu den krankhaften Reaktionen, GRUHLE zu den psychopathischen Reaktionen.

Auf weitere Einzelheiten sei bei KAHN, E., SCHNEIDER, K., GROSCH, PETRILOWITSCH und andere verwiesen.

PSYCHIATRISCHER TEIL

A) DIE VORBEREITUNGEN ZUM SELBSTMORDVERSUCH

Um den Ablauf eines Selbstmordversuches und die Entwicklung der Umstände, welche schließlich dahin führten, verstehen zu können, ist es zweckmäßig, diese Zuspitzung der Situation zu analysieren. Die betreffenden Fragen aus dem Fragebogen lassen sich zu folgenden 3 Leitthemen zusammenfassen:

I. Der Zeitpunkt des Selbstmordversuches
II. Die ersten Überlegungen zum Selbstmordversuch
III. Die unmittelbar suicidalen Verhaltensweisen

Für die Beurteilung etwaiger weiterer suicidaler Tendenzen nach einem Tentamen ist es wichtig zu wissen, ob der eben erfolgte Versuch im bisherigen Lebenslauf des Patienten isoliert einzuordnen ist oder eine Wiederholung darstellt, die in der Persönlichkeitsstruktur des Betreffenden eine Erklärung findet.

I. Der Zeitpunkt des Selbstmordversuches
(Frage: "Wann wurde der Selbstmordversuch unternommen?"

Männer

Psychosen

Der einzige endogen depressive Patient unternahm seinen SMV an einem Montag, morgens um 8.30 Uhr.

Bei den Schizophrenien (5 Fälle) erstreckten sich die Selbstmordversuche auf alle Wochentage, wobei das 2. Tagesdrittel bevorzugt wurde.

Nichtpsychosen

In 24 von 29 Fällen kam es bei dieser Gruppe am Wochenende zum SMV. Innerhalb der Nichtpsychosen zeigte sich in den einzelnen Diagnosegruppen kein Unterschied. Die Tatzeit lag überwiegend im 2. und 3. Tagesdrittel. Sie war lediglich bei den Alkoholikern uneinheitlicher. Trinkgewohnheiten sind hierbei sicherlich von Einfluß.

Frauen

Psychosen

Bei den depressiven Reaktionen findet man hinsichtlich Wochentag und Uhrzeit gleiche Verhältnisse wie bei den Nichtpsychosen. Ohne nennenswerte Schwerpunkte ist die Verteilung der Wochentage bei den endogenen Depressionen und Schizophrenien.

Nur in 4 Fällen von 13 Depressionen erfolgte der Selbstmordversuch in der Zeit zwischen 18 - 23 Uhr. Der weitaus größere Teil unternahm die Versuche morgens oder um die Mittagszeit. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu den sonstigen Erfahrungen, nach denen die endogenen Depressionen vor allem in den Abendstunden soviel Energie und Entschlußkraft aufbringen, daß sie für ein Tentamen ausreichen. Deshalb wird bei der Untersuchung oft die Frage gestellt, wann es dem Patienten besser geht, morgens oder abends. Für die tiefste Phase der Depression wird es zutreffen, daß vorwiegend am Abend mit suicidalen Handlungen zu rechnen ist. Das wird nicht mehr der Fall sein, wenn schon eine Lockerung des depressiven Zustandsbildes eingetreten ist. Die nunmehr am Morgen vorhandene Vitalität kann zu einem jähen SMV ausreichen.

Nach DIRKSEN sollen die Melancholiker die Nacht zum Selbstmord bevorzugen. In einer statistischen Erfassung von 1250 SMV in Hamburg stellte BIRK das Maximum der Selbstmordversuche zwischen 12 - 18 Uhr fest. BAYREUTHER gibt für die Schlafstunden der Nacht ganz allgemein ein Minimum, für die Wachstunden des Tages ein Maximum an.

Bei den Schizophrenien ist eine einheitliche Zeittendenz nicht festzustellen. Auffällig war, daß die späten Nachtstunden mehr in Erscheinung traten. Das mag aus der andersartigen Struktur und dem wechselhaften Verlauf der Psychose verständlich sein im Gegensatz zu den rhythmischen Tagesschwankungen der cyclothymen Psychosen.

Nichtpsychosen

Die abnormen Persönlichkeiten (Psychopathie, Neurose) hatten ihren Schwerpunkt mehr im 2. Tagesdrittel. Die Verteilung auf die Wochentage war uneinheitlich.

Ein geschlossenes Bild ergab sich bei den abnormen Erlebnisreaktionen. In 9 von 13 Fällen wurde das Wochenende bevorzugt. Zeitlich lag das Schwergewicht auf dem letzten Tagesdrittel. Von 2 Patientinnen waren keine Angaben zu erhalten. In dieser Gruppe fanden sich meist junge Menschen. Schließlich sollte man nicht vergessen, daß Liebeskummer usw. häufige Wochenendmotive darstellen.

Während sich in der männlichen Gruppe der Nichtpsychosen keine relevanten Unterschiede innerhalb der Diagnosegruppen ergeben, sind solche innerhalb derer bei den Frauen deutlich. Man gewinnt den Eindruck, als sei dieses Material insgesamt uneinheitlicher als bei den Männern. Übereinstimmung zwischen beiden Geschlechtern besteht dagegen bei den Psychosen.

Die nichtpsychotischen SMV sind bei den Männern in der zeitlichen Verteilung einheitlicher als die der Frauen. Die Streuung hinsichtlich Wochentage und Tageszeiten ist bei den Psychopathinnen und Neurotikerinnen sehr breit.

II. Erste Überlegungen zum Selbstmordversuch

1. Präsuicidale Tendenzen
   Fragen: "Wurde früher schon an Selbstmord gedacht?"
   "Wann wurden die ersten Überlegungen über den Selbstmordversuch angestellt?"

Männer

Psychosen

Von allen wurden frühere Selbstmordgedanken zugegeben. Der endogen depressive Patient berichtete von einer über Wochen anhaltenden depressiv-suicidalen Gestimmtheit.

Der eben erwähnte Patient hatte 8 Tage vor dem Versuch konkrete Überlegungen angestellt. Nur 1 von den 5 Schizophrenen unternahm den SMV plötzlich als Reaktion auf akustische Halluzinationen, wobei es sich jedoch um keinen imperativen Suicid mit direktem Aufforderungscharakter durch die Stimmen handelte. Die übrigen Zeitangaben über erste Überlegungen zum Suicid schwankten zwischen 1 - 3 Wochen.

Nichtpsychosen

Die Neurotiker und Psychopathen verleugneten nicht, schon früher SM-Gedanken gehabt zu haben. Ein hirnorganisch veränderter Patient hatte bereits einen SMV hinter sich, der zu diesem cerebralen Schaden führte (Zustand nach contusio cerebri infolge Sturz vom Balkon).

Die abnorm Erlebnisreaktiven bestritten, von 2 Ausnahmen abgesehen (davon 1 in der Haftzeit, 1 vor der Gesellenprüfung), jemals massive Selbstmordgedanken gehabt zu haben.

Die Alkoholiker verneinten häufige SM-Gedanken in vorangegangenen Zeiten. Dem steht entgegen, daß jeder einen SMV hinter sich hatte.

Nicht eindeutig geklärt werden konnte, ob die SM-Gedanken direkt zum SMV führten oder ob die vorausgegangenen Versuche isoliert waren und somit als Folge einer akuten Belastung aufgefaßt werden müssen.

Ein Neurotiker hatte schon 4 - 6 Wochen vor dem SMV Selbstmordgedanken, desgleichen einer der beiden Psychopathen. Die Alkoholiker suicidierten sich paroxysmal; 1 von 7 berichtete von Selbstmordgedanken einige Wochen vorher.

Bei den Debilen wurde ein ausgeprägt ambivalentes Verhalten schon Tage vorher erkennbar. Der SMV wurde in der Hauptsache davon abhängig gemacht, ob ein befürchtetes Ereignis eintreten werde oder nicht. Hier ist es am ehesten gerechtfertigt, von einem "Gottesurteilscharakter" des Selbstmordversuches (STENGEL) zu sprechen.

Nur 3 von insgesamt 14 Erlebnisreaktiven hatten schon 1 - 2 Wochen vor dem Versuch SM-Gedanken. Beim Rest wurde der Entschluß schnell gefaßt, dem wenig später die Tat folgte.

Frauen

Psychosen

Von den 13 Depressionen verneinten jene 4 Patientinnen, welche an einer Involutionsdepression litten, frühere Selbstmordgedanken. Diese seien nur in den letzten Wochen bzw. Monaten ihrer Erkrankung aufgetaucht. 6 der übrigen Patientinnen erklärten ihre früheren Selbstmordgedanken im Zusammenhang mit dem phasischen Verlauf der Depression.

Bei den Schizophrenien traten die SM-Gedanken erst mit Beginn der Krankheit

auf. Beide hebephrene Mädchen brachten die SM-Neigung mit besonderen familiären Verhältnissen in Verbindung. In einem Fall war es der Tod des älteren Bruders und eine schwere Erkrankung der Mutter, im anderen ängstliche und quälende Erinnerungen an ein ungepflegtes Zuhause und einen angeblich brutalen Lehrer.

Die depressiven Reaktionen führten ihre SM-Gedanken auf ein von außen wirkendes, seelisch tief erschütterndes Ereignis zurück. Nur in einem Fall wurde bereits im Alter von 17 Jahren ein SMV unternommen. Hier war die klinische Diagnose jedoch mit vielen Unsicherheiten behaftet, zumal die Familie depressiv belastet war.

Bei den cyclothymen Depressionen erfolgte der Versuch durchweg unvermittelt im depressiven Verstimmungszustand, zwanghaft und raptusartig.

Die suicidale Tendenz und Auseinandersetzung mit dem Selbstmord zog sich bei den involutiv Depressiven über Wochen hin, begleitet von Zweifel, Hoffnung auf Besserung und der immer stärker werdenden Angst vor den Lebensschwierigkeiten.

Ein eigentlich zeitliches suicidales Vorfeld konnte bei den Schizophrenien nicht abgegrenzt werden. Zwar wurde der SMV nie auf direkten Einfluß halluzinatorischer Phänomene unternommen, aber letztlich spielten an sich harmlose Zufälligkeiten eine Rolle, wie "komische Bemerkungen und Blicke der Frau F." oder "als ich beim Umherirren in der Stadt den Neckar sah".

Die 2 Hebephrenen reagierten suicidal auf äußere Veranlassung. Eine wollte "lieber sterben als nach Hause gebracht werden", die andere wird der "Diskrepanz zwischen dem glücklichen Leben einer Familie (bei der sie zu Besuch weilt) und dem der zerstörten eigenen Familie" inne. Sie litt zudem sehr unter ihrer schizophrenen Wesensänderung, der Aufgabe des Studiums und der Verachtung durch den jüngeren hochbegabten Bruder.

Nichtpsychosen

Die an psychopathischer Abartigkeit leidenden Patientinnen und die Neurotikerinnen berichteten über SM-Gedanken in früherer Zeit. Als Grund dieser Entwicklung wurde immer wieder der Einfluß eines gestörten Elternhauses oder einer unglücklichen Ehe angegeben.

Von den 13 erlebnisreaktiven Frauen glaubten 10 früher noch nie mit SM-Gedanken zu tun gehabt zu haben.

Bezeichnend war bei den psychopathischen Persönlichkeiten die Angabe einer

18jährigen Patientin, daß sie sich schon immer "ein wenig für Selbstmord interessiert habe". 4 von den 5 reagierten sofort auf läppische Anlässe. Demonstrative Züge waren evident.

Der SMV der debilen Patientin stand in keinem Zusammenhang mit vorausgegangenen konkreten Selbstmordgedanken und Überlegungen hinsichtlich geeigneter Mittel.

Die Auseinandersetzung mit SM-Gedanken erfolgte bei den Neurotikerinnen gleichfalls in einem zeitlich begrenzbaren suicidalen Vorfeld.

Die einzige Alkoholikerin durchlebte eine schon wochenlang anhaltende suicidale Stimmung. Diese wurde ausgelöst durch die Entlobung von einem hoffnungslosen Trinker. Er hatte sie nach der nur wenige Wochen zurückliegenden Entziehungskur wieder in den Strudel des Säuferlebens hineingerissen.

Im Unterschied zu den abnormen Erlebnisreaktionen der Männer fanden sich bei den Frauen nur in 9 von 13 Fällen eindeutige gedanklich suicidale Verhaltensweisen Wochen bis Tage vor dem SMV. Die seelischen Nachschwankungen auf eine akute Belastungssituation schienen intensiv zu sein. Im Sinne einer reaktiven Verstärkung kam es durch unentschlossenes Hin- und Herschwanken zur Entlastung in der suicidalen Handlung.

LOEWE hat die Frage untersucht, inwieweit die Suicide im Affekt oder nach längerer Überlegung ausgeführt wurden. Danach war die Affekthäufigkeit bei den 15 - 30jährigen 40,3%, nach längerer Überlegung 19,1%, bei den 31-45jährigen 29,6% und 31,5%. DORPAT, TH.C. und BOSWELL, J.W. sind in 121 Fällen von SMV dem Grad der Suicidintensität nachgegangen und fanden, daß bei den demonstrativen SMV in 17,4%, bei den ambivalenten SMV in 19,7% und bei den ernsthaften Selbstmordversuchen in 50% der Fälle eine Planung vorausging. Vergleicht man hiermit die eigenen Zahlen, dann lassen sich vorstehende Ergebnisse durchaus bestätigen: 27 von 55 Frauen (55%) handelten im Affekt; bei den Männern waren es 22 von 35 (72,8%). Allerdings sind darin nur 6 Psychosen enthalten gegenüber 28 bei den Frauen. Diese Zahlen entsprechen wohl den tatsächlichen Verhältnissen. HIRSCHFELD fand in seiner Untersuchung 37,4% der Selbstmorde im Affekt und 27,6% als voll überlegte Tat. HEIMERZHEIM fand bei 70% der nichtpsychotischen Patienten eine affektive Einengung des Bewußtseins vor der Tat.

2. Vorangegangene Selbstmordversuche
Frage: "Haben Sie schon einmal einen SMV unternommen?"

Männer

Psychosen

Bei dem endogen depressiven Patienten kam es zu 2 vorangegangenen Selbstmordversuchen, 6 Monate und 8 Tage vor dem letzten. Von einer Ausnahme abgesehen fanden sich gleichfalls bei den Schizophrenen SMV in der zurückliegenden Zeit. Erwähnenswert ist der SMV eines schizophren erkrankten Gärtners mittels eines selbstgefertigten Digitalispräparates sowie ein anderer Patient mit mindestens 7 - 8 SMV, jedesmal mit aktiven Mitteln. Es fiel ferner auf, daß bei den Schizophrenen nicht selten "Vorversuche" unternommen wurden, um die Tauglichkeit des gewählten Mittels zu prüfen. Ein hebephrener junger Mann unternahm noch am Tage der Entlassung aus der Klinik einen SMV durch Strangulation mit einem Bergsteigerseil. 4 Monate zuvor hatte er dies an einem Baum mehrmals ausprobiert.

Auch bei den vorangegangenen Selbstmordversuchen der Psychotiker spielten aktive Mittel eine dominierende Rolle.

Nichtpsychosen

In dieser Gruppe zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Psychopathen, Neurotikern, Alkoholikern und den abnormen Erlebnisreaktionen.

Einer der zwei Psychopathen hatte schon 7 SMV hinter sich. Ein 60jähriger schwerer Neurotiker gab an, schon als Junge im Alter von 6 Jahren einen "unbewußten" SMV erlebt zu haben. Damals habe er auf Straßenbahnschienen gestanden, auf denen sich ihm eine Straßenbahn unbemerkt genähert habe. Im letzten Augenblick habe er noch zur Seite springen können. 2 SMV gingen dem letzten voraus. Ein anderer Neurotiker berichtete von einem 5 Jahre zurückliegenden SMV, gleichfalls aus enttäuschter Liebe.

Von den 7 Alkoholikern waren nur 2 ohne Selbstmordversuch.

Nach GRUHLE muß kein direkter Zusammenhang zwischen Alkoholismus und SM bzw. SMV bestehen. REIMERS vertritt in neuerer Zeit die Auffassung, zwischen Alkohol und Selbstmord bestehe keine exakte Beziehung. Die Untersuchungen von RINGEL und ROTTER haben jedoch gezeigt, daß eine die suicidalen Tendenzen fördernde Wirkung des Alkohols unbestreitbar ist. Diese Autoren kommen zu dem Ergebnis, daß mit fortschreitender Trunksucht die Selbstmordgefahr zunimmt. Bei den 700 von SCHMIDT, G. untersuchten SMV

waren 28 bzw. 3,9% im Rausch begangen worden; ein Viertel davon hatte schon früher Selbstmordversuche unternommen.

Von den 2 Debilen der hier untersuchten Patienten unternahm einer einen SMV 16 Jahre zuvor.

Bei den abnormen Erlebnisreaktionen war nur 1 Patient mit positiver Anamnese zu finden. Diese Tatsache stellt einen eindeutigen Unterschied zu den anderen nichtpsychopathischen Gruppen dar. 13 Patienten haben einen früheren SMV energisch verneint. Ein solcher Sachverhalt ist für die Prognose in dieser Gruppe nicht ohne Bedeutung.

Frauen

Psychosen

Das Bild war hier ziemlich einheitlich. Von den 13 Depressionen hatten 8 eine positive Anamnese. Eine Patientin konnte keine Auskunft erteilen. Es blieben schließlich 4, die frühere SMV verneinten. 2 Patientinnen hatten dagegen schon 5 SMV hinter sich.

Bei den Schizophrenien waren die Verhältnisse nicht eindeutig. Immerhin waren es 4 von 11 Patientinnen, die sich schon früher zu suicidieren versuchten. Die SM-Neigung ist bei Schizophrenen nicht so ausgeprägt wie bei Depressiven. Schizophrene sind sehr differenziert und haben ein Stück Krankheitsgefühl, vor allem im Beginn des zweiten Schubes, wenn sie sich an das Schreckliche des ersten erinnern und aus diesem Grunde Hand an sich legen. RINGEL beschrieb die besondere Gefährdung des Schizophrenen in bestimmten Stadien seiner Erkrankung, besonders im Initialstadium oder im Erlebnis halluzinatorischer Phänomene während akuter Schübe.

Ausführlich befaßte sich UNSELT mit der Schizophrenie und dem Selbstmord. Aus ihrer Untersuchung an 1 000 Fällen geht hervor, daß 133 dieser Patienten SMV begingen bzw. 13,3% selbstmordgefährdet waren (14,8% Männer und 12,4% Frauen). JANTZ wies harauf hin, daß bei der Schizophrenie kein Geschlecht eine bevorzugte Neigung zum Selbstmord aufweise. BITTNER meint, daß normale Konflikte, wie sie auch beim Gesunden vorkommen, in das Zustandekommen des SMV hineingenommen werden. Der SMV eines Schizophrenen muß keineswegs, besonders im Anfangsstadium der Erkrankung, in Anlage und Durchführung die Wesensmkerkmale einer schizophrenen Psychose zeigen.

Nichtpsychosen

Bei den depressiven Reaktionen waren keine vorangegangenen Versuche zu erfragen. Die Depression und der hieraus resultierende SMV hatten eine erkennbare, einfühlbare und exogen ausgelöste Ursache. Ursache und Wirkung standen jedoch derart in einem Mißverhältnis, daß dies Erlebnis über eine lange reaktive Phase überwertig wurde und nicht kompensiert werden konnte. Eine Patientin dieser Gruppe suicidierte sich wenige Tage nach ihrer Entlassung aus der Nervenklinik nochmals. Ein SMV war gerade vorausgegangen. Die Umstände dieses erneuten Versuches wiesen auf psychotische Inhalte hin, ein exogenes Ereignis war nicht zu finden. (Es handelte sich um die schon erwähnte Lehrerin mit "endoreaktiver Depression").

Die psychopathischen Persönlichkeiten hatten eine ausgeprägte Affinität zum SMV. 3 der 5 Patientinnen zeigten eine eindeutige Anamnese, davon eine Patientin mit 4 SMV. Gleiches ist von den Neurosen zu sagen; 4 von 6 Frauen hatten bereits SMV unternommen, darunter eine 5. Über die Beziehung der Neurose zum SM bzw. SMV hat RINGEL ausführlich berichtet, worauf schon in der Einführung hingewiesen wurde.

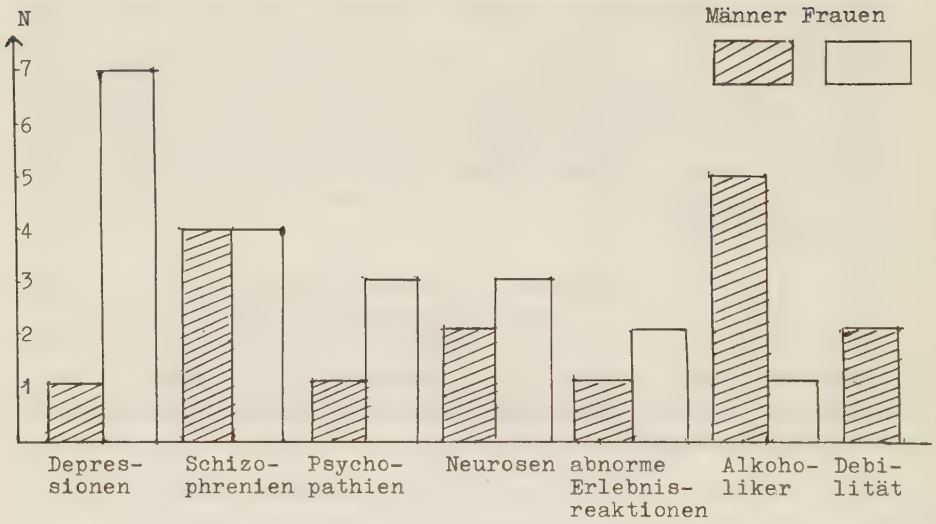
Die Alkoholikerin hatte ebenfalls schon einen Selbstmordversuch hinter sich.

Die abnormen Erlebnisreaktionen boten gleiche Verhältnisse wie bei den Männern. 11 von 13 waren ohne frühere SMV. Dies ist ein wichtiger Hinweis, daß gegenüber dem SMV der Psychopathen und Neurotiker ein struktureller Unterschied besteht.

Die Zusammenfassung vorstehend geschilderter Tatsachen ergibt: Von 35 Männern berichteten 16 (45,6%) über Selbstmordversuche in der zurückliegenden Zeit. Von den 6 Psychosen waren es 5 (80%). Bei den restlichen 29 nichtpsychotischen Fällen kam es in 11 (38%) zum wiederholten Versuch. Das Schwergewicht der Verteilung lag bei den Alkoholikern.

20 der 55 weiblichen Patienten unternahmen einen früheren SMV, das sind 32,7%. STENGEL kam in seiner Monographie "Attempted Suicide" auf ähnliche Zahlen (33,3%). Eine detaillierte Aufschlüsselung ergibt, daß auf die 28 Psychosen 11 (39,2%) mit vorangegangenem SMV entfallen. Auf die 27 Nichtpsychosen kamen 9 (33,3%), meist Neurosen oder Psychopathen (siehe Abb. 2).

Abb. 2 Patienten mit früherem SMV



3. Suggestion durch familiäre Belastung oder durch die Umgebung (Die Angaben hierzu wurden den Anamnesen der Krankenblätter entnommen).

Männer

Psychosen

Der schon mehrfach erwähnte hebephrene Patient sah Vorbilder zu seinen "Vorversuchen" in dem Roman "An die Laterne". Sein Vater suicidierte sich 1946 in einem Lazarett. Der Onkel eines anderen Schizophrenen beging SM, sein Vater starb in einer Heilanstalt und eine Schwester erlitt einen schweren "Nervenzusammenbruch".

Nichtpsychosen

Die Frau des schon mehrfach erwähnten Neurotikers beging nach der Scheidung Selbstmord. Die Schwester eines auffälligen Psychopathen wurde entmündigt, die

ältere Schwester befand sich dreimal in einer Nervenklinik zur stationären Behandlung und die Mutter wurde als fanatisch religiös beschrieben.

Ein zu häufigem Alkoholabusus neigender Musiker hatte eine an Chorea erkrankte Frau; ein Onkel beging Selbstmord.

Ein 15jähriger Junge, der in einem durch ungünstiges häusliches Milieu bedingten Verstimmungszustand Tabletten einnahm, hatte sich zuvor durch die Lektüre des Buches "O toto, o nada" anregen lassen. Ein anderer Patient aus der Gruppe der abnorm erlebnisreaktiven kannte weder Vater noch Mutter und war zeitlebens in Heimen erzogen worden. Die Mutter eines anderen Erlebnisreaktiven endete durch Selbstmord.

Insgesamt waren es bei den Männern 6 Fälle (17,1%), in denen ein Verwandter oder sonstwie Nahestehender Selbstmord beging oder wo durch entsprechende Lektüre Vorbilder für den SMV gegeben waren. Auf die Nichtpsychosen entfallen 4, auf die Psychosen 2 Fälle. Ein größeres Zahlenmaterial würde vor allem bei den Psychosen zu eindeutigeren Unterschieden verhelfen.

Frauen

Psychosen

Eine manische Patientin erfuhr einige Wochen vor ihrem SMV von dem Selbstmord eines ihr befreundeten Arztes. Bei einer anderen Patientin beging 4 Wochen vorher ein Bekannter Selbstmord mit E 605. Die Patientin benutzte dies auch für ihren SMV. Die schon erwähnte hebephrene Philologiestudentin gab an, daß sich der Mann der Putzfrau das Leben genommen und sie dessen Leichenpredigt einen Tag vor ihrem SMV gelesen habe. Die Mutter einer anderen Schizophrenen verübte 2 Monate vorher Selbstmord. In einem weiteren Fall wurde berichtet, daß eine Verwandte sich ertränkt habe.

Die 24jährige Lehrerin mit endoreaktiver Depression mußte oft an den Selbstmord des Sohnes ihrer Patentante denken. Ihre eigenen Eltern waren durch depressive Züge belastet.

Nichtpsychosen

Beim SMV einer 16jährigen milieugeschädigten Jugendlichen blieb der erweiterte SM der Mutter mit 2 Geschwistern (6 Jahre zuvor) nicht ohne Einfluß auf ihre Entwicklung.

Bei den 55 Frauen kamen in 7 Fällen (12,7%) SM in der Verwandtschaft oder

unmittelbaren Umgebung vor. Hiervon entfallen 5 auf die Psychosen. Im vorliegenden Material sind es von 90 Fällen insgesamt 13 (14,4%). Diese Zahlen müssen als ein äußerstes Minimum angesehen werden, weil begreiflicherweise ein Selbstmord in der Verwandtschaft aus Scham häufig verschwiegen oder oft gar nicht gewußt wird.

STENGEL kommt bei seinen Untersuchungen auf ähnliche Zahlen. Bei einer Stichprobe von 20 Männern und 52 Frauen kamen SM bzw. SMV in der Familie oder Umgebung 9mal vor (12,5%).

Die Suicidalität selbst kann nicht vererbt werden, lediglich die besondere prämorbide Persönlichkeitsstruktur, von den Einflüssen der Umwelt abgesehen. Aus dieser psychischen Konstitution heraus entwickeln sich suicidale Tendenzen eher, vor allem, wenn eine Psychose oder das Grenzgebiet der abnormen Persönlichkeiten komplizierend hinzutreten.

III. Unmittelbar suicidale Verhaltensweisen

1. Das auslösende Ereignis
   Frage: "Was war der unmittelbare, hauptsächlich entscheidende Anlaß?"

Männer

Psychosen

Der endogen depressive Patient klagte über Lebensunlust. Für ihn sei die Situation immer unerträglicher und aussichtsloser geworden.

Bei den Schizophrenien fand man Angaben wie "lauter gesteuerte Sachen, Blödsinn getan", "etwas Massives war gegen mich", aber auch völlige "Motivlosigkeit" in einem anderen Falle, in dem folgende Erklärung gegeben wurde: " ... da ich für meinen SMV keinen plausiblen Grund habe". In allen Fällen steht im Mittelpunkt die schizophrene Wesensänderung, das Erlebnis eines veränderten Ich- und Persönlichkeitsbezuges, die affektive Leere, eine schrecklich empfundene Angst und die bedrohenden Wahninhalte mit halluzinatorischen Erlebnissen. Es finden sich keine personal bezogenen Affektionen, keine Objektintendierung im finalen Sinne. "Die Psychose wird zum Gegenstand des SMV und ist nicht die unbewußt treibende Kraft" (BITTNER).

Nichtpsychosen

Beide Neurotiker standen unter dem Einfluß von psychischen oder physischen Insuffizienzerlebnissen. Der eine glaubte an der Schande zerbrechen zu müssen, "mit dem Leben nicht fertigzuwerden". Es bedrückten ihn Schuldgefühle wegen frustraner Coitusversuche mit der Ehefrau und anschließender Onanie im Halbschlaf in der Nacht vor dem Sturz vom Balkon. Der andere fühlte sich von seiner Freundin, welche ein Kind von ihm erwartete, das sie nicht haben wollte, "schlagartig allein, in der Wüste gelassen". Auch diese infantile, unselbständige und zur Überkompensation auf dem Geltungssektor neigende neurotische Persönlichkeit konnte im entscheidenden Augenblick die Frustration nicht überwinden.

Bei den Psychopathen zeigten sich demonstrative Züge, so bei einem, der durch seinen SMV "einen von der Firma wegen angeblicher Unterschlagung angedrohten Prozeß" abwenden wollte.

Für die Alkoholiker war die Banalität des Anlasses kennzeichnend. Einmal der "Ärger, daß niemand zum Geburtstag gratuliert hat", ein andermal ein "Sühnetermin vor Gericht wegen falscher Angaben der ehemaligen Verlobten" oder der "Verlust der Arbeitsstelle und der gestohlene Rasierapparat".

Die Debilen waren außerstande, Alltagsprobleme zu bewältigen. In beiden Fällen waren "gekündigte Zimmer", bei einem zusätzlich "Ratenverpflichtungen für eine Schreibmaschine" der Anlaß.

Akute Belastungssituationen standen bei den abnormen Erlebnisreaktionen im Vordergrund, die zu affektiver Einengung und schließlich zur Entlastung des Affektes führten. Die Motive waren durchweg personaler Natur. Mit dem SMV sollten direkt Angehörige, Freunde, Bekannte oder Arbeitgeber intendiert werden. Einige Beispiele mögen dies veranschaulichen: "Androhung eines Strafverfahrens", "Fortlaufen der Ehefrau", "Streitigkeiten mit dem Bruder", "Krach mit der Verlobten", "Schwierigkeiten mit der Frau und den Schwiegereltern", "Scheidungsklage der Frau", "Furcht, wegen Unpünktlichkeit am Morgen die Arbeitsstelle zu verlieren", "abgekühltes Verhältnis zur Freundin", "Versagen in der Schule". Auf die bevorzugte Aktualisierung derartiger Alltagskonflikte am Wochenende wurde schon hingewiesen.

Frauen

Psychosen

Die depressive Stimmung, ausgenommen die depressiven Reaktionen, drängte die Patientinnen auf dem Hintergrund von Schuldgefühlen, religiös-paranoischen Wahnvorstellungen, hoffnungsloser Daseinsmöglichkeit und auswegloser Angst zum SMV. Beherrschend und charakteristisch für diese Kranken ist der anhaltende traurige Affekt und die negative Gefühlsreaktion (MARKOWITSCH). Nur dem krankhaften Affekt adäquante Vorstellungen werden zugelassen, Gegenvorstellungen nicht (BLÜMMERS).

Dagegen waren die Motive der depressiv Reagierenden exogen bestimmt, adäquat, wenngleich nur unvollkommen verarbeitet und reaktiv. Der tödliche Unfall des Ehemannes, die Ehescheidung, der Verlust eines Kindes durch einen Verkehrsunfall usw. können solche nachhaltigen depressiven Verstimmungszustände bei zumeist psychisch stehnisch-asthenischen Persönlichkeiten verständlich machen. Eine Ausnahme bildete die bereits erwähnte Lehrerin: Ohne erkennbare Veranlassung, nach längerem wechselhaften Verlauf von seelisch depressiv gefärbten und körperlichen Insuffizienzerlebnissen kam es 2mal innerhalb kurzer Zeit zum SMV. Das Motiv, "ein plötzlich intensives Gefühl, das Leben zum Opfer bringen zu müssen", war zwingend für den Verdacht auf eine endogene Psychose, auch die Art der Durchführung des letzten Versuches, der imperativ beim Lesen der Tageslosung, in welcher von "Blut und Feuer" die Rede war, ausgelöst wurde.

Nichtpsychosen

Deutlicher als bei den Männern kam bei den psychopathischen Persönlichkeiten die Störung des Verhältnisses zur Umwelt und zur Norm der Lebensform zum Ausdruck.

"Auseinandersetzungen mit dem 6 Jahre jüngeren Freund, von dem ein Kind kommt", "weil der Vater vom Ehemann gerufen wurde, um selbst die Auswirkungen der Schlafmittelsucht seiner Tochter zu sehen", "ständige Drohungen des 15 Jahre jüngeren Freundes" (mit dem der Ehemann jahrelang betrogen wurde) oder "damit der Gerichtsvollzieher mit dem Durchsuchen der Wohnung aufhöre" bildeten im Einzelfall die Motive.

Die Neurotikerinnen hatten eher unter ihren körperlichen Unlustgefühlen zu leiden. Eine Patientin gab "Auseinandersetzungen mit der Chefin wegen 2 angeblich gestohlener Eier" als Anlaß an.

Bei der Alkoholikerin gesellte sich zum trostlosen Trinkerdasein mit entsprechender körperlicher Symptomatik die Entlobung und Mietverschuldung.

Liebeskonflikte, Eheschwierigkeiten, finanzielle Not, außereheliche Gravidität (nur 1 Fall), Trunksucht des Ehemannes usw. waren die auslösenden Faktoren bei den abnormen Erlebnisreaktionen. Hervorzuheben ist ein Fall von echtem Bilanzselbstmordversuch einer künstlerisch begabten, zuletzt als Schwesternschülerin tätigen Patientin, "weil es in beruflicher Hinsicht, nach mehreren gescheiterten anderweitigen Anläufen, mal wieder aus war und weil ich kein Vertrauen hatte, daß es jemals anders sein werde". Die Tat wurde wohlüberlegt und bis in die Einzelheiten geplant und nicht im Affekt durchgeführt. Ein weiteres Beispiel wäre der Fall eines tragischen erweiterten Selbstmordversuches, bei dem jedoch eines der beiden Kinder ad exitum kam. Hohe Verschuldung, Scheidungsdrohung und Untreue des Ehemannes bildeten den Hintergrund dieses Geschehens.

Ohne die Frage des Motives überbewerten zu wollen, deshalb wurde auf eine Wiedergabe tabellarisch geordneter Motive verzichtet, kann zusammenfassend gesagt werden, daß sich allein durch die Motivation bzw. die Motivinhalte psychotische von nichtpsychotischen Selbstmordversuchen unterscheiden. Die Durchführung muß hiervon jedoch nicht berührt sein.

Das Motiv ist bei den Psychosen oft nicht einfühlbar. Es ist geprägt durch den Krankheitsprozeß bis auf die erwähnte Ausnahme bei der Schizophrenie. "In den Motivzusammenhang tritt kein typisch schizophrenes Motiv ein, sondern es handelt sich um einen normalen Selbstmord bzw. Selbstmordversuch aus dem unerträglichen Angst- und Verfolgungsgefühl, wofür aber die Schizophrenie verantwortlich ist" (UNSELT).

Die Motive der Selbstmordversuche bei den Nichtpsychosen sind vorwiegend durch "Schwierigkeiten in den sachlichen (Materielles, Gesundheit, Lehre, Schule, Beruf) und personalen (Kindheit, Elternhaus, Freundschaft, Liebe, Ehe, Ruf und Wertung der Person) Lebensbereichen gekennzeichnet" (MAASS).

2. Die Wahl der Mittel

Fragen: "Mit welchem Mittel wurde der SMV unternommen?"
"Erfolgte die Wahl des Mittels spontan oder nach langer Überlegung?"

In der folgenden Tabelle wurden die angewandten Mittel den einzelnen Diagnosegruppen zugeordnet, um die Häufigkeit untereinander vergleichen zu können.

Tab. 6 Angewandte Mittel bei Psychosen und Nichtpsychosen

Angewandte Mittel	Depression+		Schizophrenie		Psychopathie		Neurose		Abnorme Erlebnisreaktion		Alkoholismus		Debilität	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Passiv														
Schlafmittel	-	2	-	4	1	2	1	5	10	10	4	-	4	-
Gift	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
ätz. Flüss.	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Gas	-	-	-	1	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-
and. Medik.	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aktiv														
Ertränken	-	3	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Strangul.	-	2	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Verbrenn.	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schnitt	1	1	2	2	-	-	-	1	2	-	1	1	-	-
Sturz	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Wurf v. Kfz.	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kombination														
Tbl., Stich	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Gas u.a.	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-

+ hier sind die endogenen und reaktiven Depressionen zusammengefaßt

Männer

Psychosen

In sämtlichen 6 Fällen kamen aktive Mittel zur Anwendung, wie Schnittverletzungen oder Strangulationen. Hervorzuheben ist die brutale Selbstverletzung eines Schizophrenen an der Peniswurzel. In diesem Falle war der Aggressionsakt

vornehmlich gegen die mit starken Schuldgefühlen belastete Onanie des 50jährigen Patienten gerichtet. Die Strangulation eines Hebephrenen mit einem Bergsteigerseil ist schon erwähnt worden. Der endogen depressive Patient brachte sich mit dem Rasiermesser schwere Verletzungen an Hals und Armen bei.

Nichtpsychosen

Ein Psychopath versuchte sich mit einem elastischen Hosengürtel zu strangulieren, ein anderer nahm Tabletten. Ein Neurotiker stürzte sich vom Balkon, einer nahm ebenfalls Tabletten. Beide hirnorganisch geschädigten Patienten wollten sich die A. radialis durchschneiden.

2 der 3 chronischen Alkoholiker suchten sich zu strangulieren, einer brachte sich Schnittverletzungen am Arm bei. Die 4 Patienten mit Alkoholabusus nahmen alle Tabletten. Ob der Grad des Alkoholismus einen Einfluß auf die Wahl der Mittel hat, kann aus den wenigen Zahlen nicht beurteilt werden.

Die Debilen und abnorm Erlebnisreaktiven begnügten sich fast durchweg mit passiven Methoden (Tabletten, Gas). Von den 14 Erlebnisreaktiven unternahm nur einer zusätzlich zur mißglückten Gasvergiftung einen Strangulationsversuch; einer brachte sich außerdem Schnitte bei. Unter Alkoholeinfluß standen beide Debile und die Alkoholiker, während dies bei den abnormen Erlebnisreaktionen nur in einigen Fällen zutraf.

Hinsichtlich der Spontaneität in der Wahl der Mittel, ob über das Wie und Was lange überlegt wurde, lassen sich keine Unterschiede zwischen den Psychotikern und Nichtpsychotikern dieses Materials finden. Von wenigen Ausnahmen abgesehen (3 von 35) gaben alle an, nicht lange überlegt zu haben. Die Wahl des Mittels scheint demnach eine Art Paroxysmus aus folgenden Gründen zu sein:

- Wohl jeder Mensch hat sich im Laufe seines Lebens einmal mit SM-Gedanken auseinandergesetzt und sich dabei gefragt, "wie würde ich es machen?" So ist manch einer auf seine "Lieblingsmethode" von vornherein festgelegt.
- Psychotiker nehmen, was ihnen gerade erreichbar ist, weil sie oft gar keine andere Wahl haben, z.B.: "Als ich im Bad die Rasierklinge sah, dachte ich, die ist gerade recht."
- Nichtpsychotiker nehmen, was ihnen gerade in die Hände fällt, obwohl sie andere Möglichkeiten hätten und diese nutzen könnten, aber durch ihre Kurzschlüssigkeit und Impulsivität nicht mehr dazu kommen.

Frauen

Psychosen

Von den 4 Involutionsdepressionen und 9 cyclothymen Depressionen wandten insgesamt 8 aktive Methoden an. Hinzu kam eine sehr massive Tablettenvergiftung, je 40 Evipan- und 20 Melodormtabletten.

Bei den Schizophrenen standen die aktiven Mittel gleichfalls im Vordergrund. Von den 11 Patientinnen waren es 5 mit Schnitt, Stich, Strangulation und Ertränken. Von den Versuchen mit passiven Mitteln sind 2 mit schweren Tablettenvergiftungen hervorzuheben (60 und 44 Tabletten), sowie der eigenartige Versuch einer depressiv erkrankten Patientin, sich mit 14 Tempidorm-Supp. in lokaler Anwendung umzubringen.

Die Patientinnen mit depressiven Reaktionen zogen passive Mittel vor. Das überrascht nicht, denn durch die exogen ausgelöste Psychose ist das Persönlichkeitsbild noch nicht so sehr verändert und abgebaut wie dies bei chronischen endogenen Psychosen des schizophrenen Formkreises zu beobachten ist.

Nichtpsychosen

In dieser Gruppe änderten sich die Mittel prinzipiell. Von den 27 Fällen nahmen allein 16 Tabletten, 5 kombinierten Tabletten mit anderen Mitteln, 2 griffen zu Chemikalien anderer Art. Nicht uninteressant ist in diesem Zusammenhang, daß es sich vorwiegend um nichtrezeptpflichtige Schlafmittel (Noludar) handelte gegenüber rezeptpflichtigen bei den Psychosen (Melodorm, Evipan usw.).

Eine 15jährige Hausangestellte versuchte sich mit dem Strumpf zu strangulieren.

Sehr gefährlich war der Versuch der Alkoholikerin, mit einer Bierflasche auf das dem Handgelenk aufgelegte Messer zu schlagen; zusätzlich wurden 40 Schlaftabletten eingenommen.

Man sieht durchweg bei den männlichen und weiblichen Gruppen, daß der Selbstmordversuch in der Psychose durch die Inanspruchnahme aktiver Mittel sehr gefährlich wird. Dagegen versuchen die Nichtpsychosen mit passiven Mitteln ihren Zweck zu erreichen. Die Wahl einer aktiven oder passiven Methode sagt jedoch nichts aus über die Intensität des Todeswunsches und die Ernsthaftigkeit, wohl aber etwas über den Grad der Gefährlichkeit des Selbstmordversuches. Diese Unterscheidung sollte bei der Beurteilung eines SMV berücksichtigt werden.

Im Verhalten bei der Wahl der Mittel zeigten die Frauen differenzierte Unterschiede gegenüber den Männern. 5 der 13 Depressionen überlegten lange,

8 handelten spontan. Nur 3 der 11 schizophrenen Patientinnen überlegten, der Rest unterlag den spontanen Eingebungen und Einfällen, verursacht durch die Psychose.

Eine Frau in der Gruppe der 4 depressiven Reaktionen handelte kurz entschlossen, die 3 anderen Frauen schwankten in der Wahl der Methode hin und her.

Bezeichnend für die psychopathischen Persönlichkeiten war die Angabe einer 50jährigen Patientin, daß "man da so seine 5 Minuten haben muß, sonst bringt man es gar nicht fertig".

Die Hälfte der neurotischen Frauen konnte sich nicht sofort entschließen, desgleichen die tagelang im Trunk dahinlebende Alkoholikerin.

Auch bei den abnormen Erlebnisreaktionen war die Spontaneität nicht durchgängig; 5 von 13 überlegten das Wie. Hierfür seien zwei charakteristische Äußerungen angeführt, da sie symptomatisch für das Verhalten dieser Gruppe sind: "Ich nahm mir vor, die Tabletten zu nehmen, sobald es mit der Freundschaft zu Ende sein würde" - dies hatte die Patientin auch in mehreren Briefen angekündigt. Eine andere meinte: "Den Gedanken hatte ich schon als Kind: Wenn ich mir das Leben nehme, dann nur mit Tabletten."

Wenn jemand Tabletten kauft, sie tagelang mit sich herumträgt und sie nur für den Fall nehmen will, wenn dies oder jenes befürchtete Ereignis eintritt, gleichsam in einer "Wenn-dann-Haltung" der Dinge harrend, dann mag hier die von STENGEL beschriebene "Gottesurteilsfunktion" (ordeal function) des Selbstmordversuches zutreffen. Der Zufall entscheidet mehr oder weniger über Leben oder Nichtleben. In dieser Haltung sind sicherlich auch neurotische Komponenten enthalten. Ob das präsuicidale Syndrom von RINGEL für alle SMV der abnormen Erlebnisreaktionen zutrifft, muß in Frage gestellt werden.

3. Entschlußfassung
Frage: "Wann wurde der endgültige Entschluß gefaßt?"

In vielen Fällen wird die Wahl des Mittels, der Entschluß zur Anwendung einer bestimmten Methode nicht streng von dem Entschluß, die Suicidabsichten nun auch zu verwirklichen, zu trennen sein. Dennoch muß man versuchen, diesen Vorgang im Ablauf des suicidalen Geschehens zu konkretisieren, was in jedem Falle nur unvollkommen gelingen wird. Selbst intelligenten Menschen wird es im Nachhinein schwerfallen, die Ereignisse distanziert und überschaubar so zu rekonstruieren, wie es wirklich war und wie tatsächlich empfunden wurde.

Männer

Psychosen

Raptusartig, beim Anblick eines geeigneten Werkzeuges kam es zum Tentamen. Es wurde kein eigentlicher Entschluß gefaßt. Der jäh aufschießende Impuls hatte genügend Kraft, jegliche Hemmung zu beseitigen. Die Persönlichkeit des Psychotikers ist an dem Geschehen weitgehend nicht mehr integriert.

Ein depressiv verstimmter Paranoiker überlegte den ganzen Nachmittag über ohne konkrete Planung und entschloß sich dann am Abend; danach schritt er sofort zur Tat.

Nichtpsychosen

Ein Psychopath faßte den Entschluß sogleich nachdem er erfahren hatte, daß ihm ein Gerichtsverfahren drohe. Der andere kaufte sich die Tabletten schon Tage vorher und wußte, daß an einem Freitag Schluß sein werde. Fast bei allen gingen Tage mit allgemeinen Verstimmungszuständen und Unmutsgefühlen voraus.

Ein Neurotiker stürzte sich morgens schlagartig aus dem Bett heraus vom Balkon, weil er eine innere Stimme sagen hörte: "Was Du tust, das tue bald." Daß in der Nacht erhebliche Frustrationen und Impotenzerlebnisse vorausgingen, ist schon erwähnt worden.

Unkontrolliert und unbeherrscht waren die suicidalen Handlungen der 5 von insgesamt 7 Alkoholikern. Wie der Entschluß genau zustandekam, war nicht zu eruieren.

Lange rangen mit sich die Debilen. Hier klang gleichfalls Gottesurteilscharakter an.

Von den 14 abnormen Erlebnisreaktionen mußten sich 9 einige Stunden mit der Entscheidung mühen, bis schließlich alle Hemmungen beseitigt waren. Es waren vorwiegend die mit chronischen Konflikten, die sich allmählich zur Unerträglichkeit zugespitzt hatten. Es ist zu unterscheiden zwischen

- den trotz akuter Veranlassung verspätet suicidal reagierenden Erlebnisreaktiven,
- den in akuter Belastung im affektiven Hochdruck durch SMV Entlastung suchenden Erlebnisreaktiven und
- den abnormen Erlebnisreaktiven, die im SMV eine Bewältigung ihres chronischen Konfliktes suchen.

Einmal ist die Belastungsintoleranz so ausgeprägt, daß sie gewalttätig und blindlings augenblickliches Handeln erzwingt, zum andern die Erlebnisverarbeitung in der postakuten Phase gestört. Der Anlaß wird zwar zunächst verarbeitet, jedoch nur oberflächlich und vertagend. Vergleichbar der Summation und Bahnung eines Reizes gewinnt er über das Unterbewußtsein wieder Schwellenwert und der Aggressionstrieb entlädt sich. Diesen verschiedenen Verhaltensweisen liegen sicherlich jeweils verschiedene charakterliche Anlagen zugrunde.

Frauen

Psychosen

10 der 13 depressiven Frauen führten den SMV ohne konkreten Entschluß aus, dem etwa noch eine zeitliche Latenz gefolgt wäre. 2 Frauen waren schon am Tage vorher, eine 5 Stunden vor der Tat entschlossen. Regelrecht frei von drängenden akuten Ereignissen war der Entschluß bei den depressiven Reaktionen. Hier war die enge Verknüpfung mit einem unbewältigten, reaktiv nachhaltigen Erlebnis gegeben. Termine für den SMV konnten scheinbar kühl und distanziert festgesetzt werden.

Immer wieder stößt man in der Literatur auf die Ansicht, daß der Entschluß zum SM bei Schizophrenen durch imperative Stimmen veranlaßt werde (SCHMIDT, G. und JANTZ). Das trifft in den wenigsten Fällen zu, auch in denen des vorliegenden Materials. Vielmehr gibt "der Bezugsverlust, die Wahnbildung, die inhaltlose Angst, der Drang zur Selbsterlösung von inneren Spannungen" (UNSELT) den Ausschlag. Ähnlich verhält es sich bei den endogenen Depressionen. Die Ambivalenz in der Entschlußfassung ist nur deshalb ausgeprägter, weil die Gesamtpersönlichkeit durch die depressive Psychose weniger destruiert bzw. die Intelligenz weniger als die des chronisch Schizophrenen abgebaut wird. Der suicidale Drang wird mehr rational wahrgenommen und durch das Erleben des Betreffenden bewußt. Entscheidend ist hier das triebhafte Müssen, weniger das selbstentscheidende Wollen.

Von den 11 weiblichen Schizophrenen wurde nur in 4 Fällen ein zeitlich von der Ausführung des SMV deutlich abgegrenzter Entschluß angegeben. 7 handelten sofort nach dem blitzartigen Aufschießen ihrer SM-Ideen. Diese Ideen sind letzten Endes als "Wahneinfälle" zu werten, wie sie von SCHNEIDER in seiner klinischen Psychopathologie als Symptome ersten Ranges für die Schizophrenie beschrieben werden.

Nichtpsychosen

Die psychopathischen Patientinnen reagierten in 5 von 6 Fällen sofort. Mit dem auslösenden Ereignis war die gesamte Lebenssituation plötzlich untragbar geworden. Es kam zu Primitivreaktionen im Sinne SCHNEIDERs. "Die Handlungen selbst sind primitive, reflexartige, elementare und triebartige Entladungen" (GROSCH), bei denen "durch die Affekte alle diejenigen Assoziationen gehemmt werden, die ihnen entgegenstehen, die entsprechenden aber gefördert werden" (BLEULER, M. zit. nach GROSCH).

Bis auf eine einzige Ausnahme kam bei allen Neurotikerinnen ein Entschluß zustande; die Ereignisse gingen nicht gleich im affektiven Hochdruck unter.

Kurzschlüssig war die Reaktion des milieugeschädigten, reizbar debilen Mädchens.

Auch bei den abnormen Erlebnisreaktionen wurde 9mal ein Entschluß angegeben, dem zeitlich später der Versuch folgte. Man wartet offenbar noch ab, ob sich nicht alles doch zum Guten wende. Hervorzuheben ist eine Patientin, deren SMV als "Bilanz" (HOCHE) gewertet werden muß. Der Tag des SMV war im Kalender angekreuzt; die Tage zuvor verbrachte die Patientin für die Umgebung unauffällig. Sie hatte sich mit ihrem Schicksal abgefunden.

Gegenüber dem Verhalten der abnormen Erlebnisreaktionen der Männer fand sich ein Unterschied. Die Frau scheint demnach weniger schnell emotional aus dem Gleichgewicht zu kommen als der Mann. Er ist in seinen Handlungen finaler, während die "Emotionalität und Affektgebundenheit der Frau stärker ist" (GROSCH).

DORPAT, Th.L. und BOSWELL, J.W. haben zur Beurteilung der Suicidintensität beim SMV (121 Fälle) den Grad in ein 5-Punkte-Schema einzuordnen versucht. Sie fanden bei S I (demonstrativer SMV) eine Planung in 17,4%, bei S III (ambivalent) in 19,7% und bei S V (ernsthafte Tötungsabsicht) in 50%. BETHGE hat die Planung des Suicids getrennt nach Geschlechtern untersucht. So führten 60% der männlichen und nur 32,9% der weiblichen Patienten ihren Versuch "akut" aus. Für die Planung eine Woche vorher werden bei den Männern 10%, bei den Frauen 23,7% angegeben. Die nicht eruierbaren werden mit insgesamt 20% für beide Geschlechter veranschlagt. Vergleicht man mit den vorstehenden Zahlen die selbstgefundenen Ergebnisse, dann ergibt sich folgendes Bild: Bei den psychotischen Männern fand eine Planung in einem Fall (3%) statt, bei den Nichtpsychosen in 16 Fällen (45,7%). Bei den psychotischen Frauen kam es in 10 Fällen (20%), bei den nichtpsychotischen in 17 (31%) zur Planung. Die Prozentangaben beziehen sich jeweils auf die Gesamtzahl Männer bzw. Frauen.

4. Der Zeitraum zwischen Entschluß und Ausführung
Fragen: "Wo und wie wurde die Zeit in den letzten Tagen vor dem SMV verbracht?"
"Schilderung der letzten Stunden vor der Tat. Abschiedsbriefe?"

Auf Punkt 4 wird ausführlich eingegangen, weil sich aus der Beantwortung der hierzu gestellten Fragen Hinweise dafür ergeben, ob es möglich gewesen wäre, den SMV zu verhindern, sofern ein auffälliges Verhalten vorlag. Vielleicht hätte dem einen oder anderen Patienten die in mancher Hinsicht problematische, unter Umständen traumatisierende Verbringung auf eine geschlossene Station (IRLE) in den Fällen erspart werden können, wo eine psychiatrische Indikation nicht vorlag.

Männer

Psychosen

Von dem endogen depressiven Patienten war nicht mehr zu erfahren als daß die Depression schon über mehrere Tage andauerte und er von den Angehörigen wegen seiner SM-Gedanken praktisch Tag und Nacht bewacht wurde. Eines morgens stand er auf, ging zum Waschbecken und brachte sich raptusartig schwere Schnittverletzungen an Hals und Armen bei, wie er eines Rasiermessers ansichtig ward.

Die Schizophrenen fielen durch die Bezugslosigkeit ihrer Handlungen, durch gemütliche Verstimmung, veränderte Wesensart und Antriebslage auf. In quälender Angst, dem Erlebnis der schizophrenen Wesensänderung und der verschiedenartigen halluzinatorischen Erlebnisse zogen sie sich von ihrer Umwelt zurück, lagen im Bett, brüteten und dämmerten vor sich hin, bis es grund- und motivlos zum SMV kam. In zwei Fällen war infolge retrograder Amnesie für die Zeit vor dem Tentamen nichts Verläßliches zu erfahren.

Nichtpsychosen

Abnorme Persönlichkeiten

Bei den Neurotikern und Psychopathen standen die akuten Anlässe gegenüber der Persönlichkeitsentwicklung und dem Erlebnishintergrund weit weniger im Blickpunkt als bei den abnormen Erlebnisreaktionen. Bestimmend war vielmehr bei ersteren die Unstetigkeit im Lebenslauf; viele Dinge wurden begonnen, nur wenige zu Ende geführt. Was einmal dort nicht gelang, sollte an anderer

Stelle erreicht werden. Immer wiederkehrende Enttäuschungen und Frustrationen führten mehr und mehr in die Situation der Einengung, zum präsuicidalen Syndrom, wie es RINGEL beschrieben hat. Der auslösende Anlaß brauchte dann tatsächlich nur gering zu sein.

Die Tage und Wochen vor dem SMV standen bei diesen Persönlichkeiten unter suicidalen Einflüssen und Entwicklungen. Die Fehlhaltung, eben der mehr oder minder schwere neurotische Einschlag war bestimmend.

Ein der Unterschlagung verdächtigter Psychopath trank vor dem Strangulationsversuch den Abend über mit einem Studenten, der eine Klausur nicht bestanden hatte. Unter theatralischen Umständen kam es dann zum SMV. Ein anderer Psychopath kam abends von der Nachtschicht nach Hause, ließ "einige schräge Sachen laufen" und nahm dann die bereits 2 Tage zuvor gekauften Tabletten. Außer einem Hinweis auf eine Buchstelle in "Verdammt in alle Ewigkeit" ließ kein unmittelbarer Anlaß die Tat verständlich erscheinen.

Die Freundin eines Neurotikers erwartete von diesem ein Kind. Sie wurde häufig von ihm im Krankenhaus besucht und eifrig mit Briefen bedacht, weil er sie zu verlieren fürchtete. Die ganzen Tage vor dem SMV standen unter der explosiven Spannung des drohenden Verlustes, wofür man sich schon 4 Wochen zuvor andernfalls einen SM vorgenomme hatte (fixierte Wenn-dann-Einstellung!). Am Nachmittag des SMV besuchte er zuvor wiederum seine Freundin im Krankenhaus. Dort sei er von ihr und ihrer Freundin gehänselt worden. Er sei nach Hause gefahren, habe einen Abschiedsbrief geschrieben, ihn im Krankenhaus abgegeben und danach Schlaftabletten genommen. Gleich darauf habe er diesen Schritt bereut und sei zum Krankenhaus zurückgefahren. Dort brach er vor dem Bett der Freundin zusammen.

Alkoholiker und Patienten mit hirnorganischen Veränderungen

Von den 7 Alkoholikern waren 3 Frühinvaliden. Sie saßen untätig zu Hause, gingen allenfalls im Haushalt der Frau ein wenig zur Hand, aber insgesamt gesehen konnte die Zeit nicht mehr durch sinnvolle Beschäftigung ausgefüllt werden. Ohne Hobby, ohne Möglichkeit einer Selbstverwirklichung (Selbstwertkrise und gestörtes Werterleben nach RINGEL) wurde die Flasche mehr und mehr zum Mittel der Flucht vor der Realität, zu einer Art psychischen Anästhesierung gegenüber dem körperlich immer deutlicher werdenden Elend. 2 dieser Alkoholiker befanden sich unmittelbar zuvor in Behandlung der Nervenklinik. Der SMV bahnte sich über mehrere Tage hin an. Die vitalen Kräfte wurden in stumpfem Brüten und Herumsitzen erstickt. Nur ein Auslöser war notwendig, um die Lawine

ins Rollen zu bringen. Die anderen 4 Alkoholiker waren mehr oder weniger durch ihre psychopathische Grundstruktur bestimmt, über die sie zum Alkohol gelangten. Beispielsweise war einer wieder einmal arbeitslos und ohne Wohnung. Reichlicher Alkoholgenuß am Tag vor, in der Nacht und am Tag des SMV war der äußere Rahmen als Vorbereitungshandlung zum suicidalen Akt. In 3 Fällen kam es am Morgen, im ersten "Katzenjammer" ohne Überlegung und ohne erkennbare Ankündigung zum SMV; die restlichen verbrachten die Zeit bis unmittelbar vor dem SMV mit Zechkumpanen. Dieser "Gemeinschaft" entlassen, konnte sie nichts mehr vor dem Selbstzerstörungswillen bewahren. RINGEL u.a. haben sehr ausführlich das körperliche und seelische Unlustgefühl, das Bewußtwerden des Versagens und der Wertlosigkeit in der postalkoholischen Phase beschrieben.

Die Debilen unterschieden sich von den Alkoholikern kaum. Arbeitslosigkeit, Ratenverpflichtungen, gekündigte Zimmer in beiden Fällen war die Situation, die nicht mehr bewältigt werden konnte. Sie verbrachten die 2 - 3 Tage vor dem SMV mit Abwarten und Hoffen auf irgendeine Hilfe. In mehreren Kneipen nahmen sie Anlauf, Verständnis für ihre verfahrene Lage zu finden. Enttäuscht von der Erfolglosigkeit ihres Appells zogen sie sich in ihr Zimmer zurück, schloßen sich ein, ordneten teilweise pedantisch ihre Habseligkeiten und griffen zu den Tabletten als letzter Möglichkeit, sich dem hilflosen Ausgeliefertsein an die "Unbilden des Lebens" zu begeben.

Ein Patient mit hirnorganischem Schaden und hypochondrisch-anankastischer Einstellung litt schon seit Wochen unter körperlichen Insuffizienzgefühlen. Er klagte hierbei vornehmlich über Magenbeschwerden und 8 kg Gewichtsabnahme in kurzer Zeit. Die Arbeitsleistung ließ erheblich nach und eine traurige Verstimmtheit wurde auch den Arbeitskollegen auffällig. Im affektiven Verstimmungszustand kam es abends nach der Arbeit zum Tentamen (Schnitte am Hals und der A. radialis).

Ein anderer Patient war von Kind auf durch eine linksseitige Hemiplegia spastica infantilis mit extrapyramidalen Hyperkinesen schwer körperlich beeinträchtigt. Am Wochenende vor dem SMV war er auf Verwandtenbesuch, am Dienstag und Donnerstag der folgenden Woche mit seinem Freund, einem Lehrer, zusammen. Dieser hielt die Freundschaft mehr aus Mitleid und menschlichen Erwägungen aufrecht. Die Fixierung jenes Spastikers war jedoch so stark, daß er ständig die Freundschaft bedroht glaubte und in der Angst lebte, der Freund werde ihn alleine lassen. Mit sich selbst wußte er nichts anzufangen. 3 Tage vor dem Pulsaderschnitt berichtete er dem Freund über onanistische Betätigungen. Es kam zu einer Vermittlung an einen geistlichen Psychotherapeuten, mit dem am Abend zuvor noch ein Gespräch stattfand. Dabei habe

ihn die Feststellung des Therapeuten, daß er als 22jähriger praktisch noch auf der Stufe eines 13jährigen stehe so sehr niedergeschmettert, daß der SMV am folgenden Morgen unmittelbar nach dem Erwachen aus einer unruhigen Nacht erfolgte.

Die abnormen Erlebnisreaktionen

Zweckmäßigerweise trennt man hier in 3 Gruppen - solche, die im Affekt kurzschlüssig reagieren und solche, die auf ein akutes Trauma erst nach Tagen reaktiv antworten und schließlich diejenigen, welche unter chronischen Konflikten zu leiden haben. Den beiden letzteren Gruppen gemeinsam ist das ziellose Umherirren in den Straßen, am Tage vor und des Selbstmordversuches, das Fernbleiben über ein oder mehrere Tage von der Arbeitsstelle, das untätige Herumsitzen in der verschlossenen Wohnung. Diesem Verhalten steht die sofortige SM-Handlung der Kurzschlüssigen auf den akuten Anlaß ohne vorangegangene Auffälligkeit und Änderung in den Lebensgewohnheiten gegenüber.

Wo sich die Situation langsam zum SMV zuspitzte, wurden in den Stunden unmittelbar vor dem Tentamen zahlreiche Nebenhandlungen vorgenommen. Entweder wurde Musik gehört, Alkohol getrunken, mit jemandem telefoniert, eine Aussprache gesucht, Briefe geschrieben, das Zimmer aufgeräumt, gekocht, sehr viel geraucht oder gar ein Volksfest besucht.

Frauen

Psychosen

Cyclothyme und involutionsbedingte Psychosen

Alle waren seit Tagen verändert, klagten über depressive Phasen, schleppten sich von einem Tag zum anderen dahin, lagen entweder tagelang im Bett oder standen teilweise unter ärztlicher Behandlung. Eine Patientin wurde am Tage vorher aus einer auswärtigen Nervenklinik entlassen, 2 andere waren am Tage zuvor beim Arzt gewesen. Die Arbeit ging nicht mehr von der Hand, der Haushalt wurde nicht mehr bewältigt, die Leere mit Grübeln und kleinen Spaziergängen ausgefüllt. Die Symptome der endogenen Depression waren ganz allgemein für den Tagesablauf und die Alltagsbewältigung bestimmend. Nur was durch jahrelange Gewohnheit fast zum eingefahrenen Reflex wurde, lief automatisch weiter, stockend und mühsam. Besonders bei den klimakterischen, gehemmten und hypochondrischen Formen der Depression erfolgte der SMV kaum raptusartig; die Patientinnen tragen die Pläne zuweilen lange mit sich herum

(SCHMIDT, F.). Es gilt grundsätzlich an die zwei Grundreaktionstypen der Depressiven zu denken: die, welche wohlüberlegt und geschickt und die, welche ungeschickt, unüberlegt aus dem akuten Stadium eines Angstanfalles heraus handeln und die vermeintliche Bedrohung als eine Art Grenzsituation (STORCH), als den Einbruch des Nichtseins in das "Da-Sein" (HEIDEGGER) erfahren.

Eine endogen depressive Medizinstudentin suchte am Nachmittag die Nervenklinik auf. Sie sollte stationär aufgenommen werden. Sie ging vorher nochmals nach Hause, um ihre Sachen zu holen. Unterwegs faßte sie den Entschluß zum Selbstmord. Es kamen noch kurzfristig Freundinnen zu Besuch, aber das vermochte sie nicht mehr abzulenken, zumal niemand solche Gedanken und Absichten bemerkte. Als der Besuch weg war, schrieb sie noch mehrere Briefe, räumte das Zimmer auf, ging stadtauswärts, wo sie in einem einsamen Gelände sich abends gegen 22.00 Uhr die Pulsadern aufschnitt. In den anderen Fällen wurden noch hausfrauliche Verrichtungen, wie Kochen, Waschen, Aufräumen, Versorgen der Kinder usw. erledigt. Ohne Übergang erfolgte dann der SMV. Einige blieben morgens im Bett liegen und warteten nur noch auf einen günstigen Augenblick, bis sie sich allein glaubten. DUBITSCHER machte gleichfalls die Beobachtung, daß in zahlreichen Fällen, in denen der Entschluß zum Suicid schon feststand, die Betreffenden trotzdem während des präsuicidalen Zustandes in den letzten Stunden vor Ausführung der Tat ihrer Arbeit nachgingen, jenen lebenslang eingeschliffenen Weg der sozialen Gepflogenheiten, ohne dabei ihrer Umgebung besonders aufzufallen.

Eine Patientin versuchte sich auf der geschlossenen Abteilung mangels anderer Mittel die A. radialis aufzubeißen.

Für die Melancholischen selbst haben zuweilen die Gedanken an den Tod, die Phantasievorstellungen hiervon etwas Beruhigendes (v. GEBSTATTEL). Nur so ist es zu verstehen, daß manche Patientinnen in einem eigenartig euphorisch gestimmten Glücksgefühl nach dem Entschluß zum SM den Tag verbringen, an dessen Ende sie ihren Selbstmord gesetzt haben. Sie versichern nachträglich glaubhaft, sie seien noch nie so glücklich gewesen wie in diesen letzten sich selbst bemessenen Stunden.

Depressive Reaktionen

Hier gingen depressive Tage voraus, die nach außen hin mühsam verdeckt wurden. Im Fall einer geschiedenen Patientin wurde die Depression durch den gewollten Kontakt mit dem geschiedenen Ehemann - die Scheidung war letzten Endes Ursache der Depression - immer unerträglicher trotz gemeinsamer Kino- und Cafebesuche. Sie verließ morgens am Tage des SMV unentschuldigt die

Arbeitsstelle, an der sie nur erschienen war, um sich Salzsäure zu besorgen, sie mit nach Hause nahm und im Bett liegend austrank. Bei einer anderen Patientin riß der Besuch am Grabe des verunglückten Kindes wieder alte Wunden auf. Als sie vom Friedhof zurückkehrte, verbrachte sie noch einige Stunden bei ihren Vermietern, bevor sie in ihr Zimmer ging und Tabletten einnahm. Durch neugierige und taktlose Fragen einer Hausbewohnerin über die Einzelheiten des tödlichen Unfalls, den der Ehemann vor Jahren erlitt, kam die bis dahin ertragene Trauer elementar zum Durchbruch. Ein sofortiger SMV erfolgte, nachdem zuvor noch für wenige Augenblicke eine im Hause wohnende Freundin aufgesucht wurde.

Lediglich eine Patientin dieser Gruppe gab an, bis wenige Stunden vor dem SMV nicht auffällig gewesen zu sein.

Schizophrenien

Psychotische Wesenselemente drangen hier deutlicher in das Alltagsleben und die Persönlichkeitsentfaltung ein. Der Lebensablauf unterlag psychotischen Störungselementen. Bei beiden hebephrenen Patientinnen wurde die Schul- bzw. Berufsausbildung unterbrochen, die Schülerin wurde nach der Obersekunda Aushilfsverkäuferin, die Philologiestudentin war den Anforderungen des Studiums nicht mehr gewachsen und zog sich in den väterlichen Haushalt zurück. Sie erlebte den Bruch in ihrem Lebenslauf sehr deutlich, litt unter ihrer krankhaften Wesensänderung, der verminderten geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit. Sie suchte dies aber, so gut es ging, teils mit psychotherapeutischer Hilfe, zu tragen, bis sie beim Besuch in einer befreundeten Familie ihre innere Trostlosigkeit und Ungeborgenheit im eigenen, durch den Tod des älteren Bruders und einen Schlaganfall der Mutter zerstörten Familienleben plötzlich erlebte. In der Verwirrung dieser Empfindung unternahm sie tags darauf einen Selbstmordversuch. Die anderen schizophren veränderten Frauen klagten über Antriebslosigkeit, Leistungsschwäche, Zwangsdenken, sensitive Beziehungsideen, paranoide Wahnvorstellungen usw. Eine Patientin, der die Arbeitsstelle gekündigt wurde, irrte 3 Tage hilflos durch die Gegend; eine andere konnte trotz eines Kuraufenthaltes dem hierdurch eher intensivierten Liebenswahn nicht entfliehen; eine dritte Patientin wollte nicht mehr arbeiten und wies Tage zuvor katatone Züge auf; eine letzte Patientin schließlich versuchte sich in der Klinik zu suicidieren. Depressiv verändert waren alle.

Die unmittelbaren und panikartigen Selbstmordversuche waren hier häufiger. Die Unruhe drückte sich in vermehrtem Tätigkeitsdrang aus. Bei allen Patientinnen war der Tagesablauf am Tag des Suicidversuches gestört. Häufig kam es,

wie anfangs erwähnt, bei den Schizophrenen nachts zum Tentamen. In diesen Fällen wurde mit Überlegung die Nachtruhe abgewartet, um rettendes Eingreifen zu verhindern.

Nichtpsychosen

Abnorme Persönlichkeiten

Die unmittelbar dem SMV vorangehenden Tage waren meist unauffällig, da der SM-Entschluß bei den psychopathischen Personen oft erst am Tage des Versuches gefaßt wurde, wobei das Motiv durchaus schon "einige Tage alt" sein konnte.

Entsprechend den schon längere Zeit hindurch bestehenden SM-Gedanken versorgten sich die Neurotikerinnen mit dem Mittel ihrer Wahl, klagten über körperliche Schmerzen und Unpäßlichkeiten, äußerten jedoch selten direkte Selbstmordabsichten.

Die einzige Alkoholikerin hatte sich seit Tagen in ihr Zimmer eingeschlossen und verließ es nur zu Einkäufen.

Die debile und cerebralsklerotische Patientin reagierten unmittelbar auf Zwistigkeiten suicidal.

Zwischen Entschluß und Ausführung vergingen meist nur wenige Stunden bis Minuten. Eine psychopathische Patientin trug stets ihr Testament bei sich. Bevor sie die Tabletten nahm, hörte sie noch Schallplatten; eine andere beging auf berechtigte Kritik gegenüber ihrer Arbeitsleistung wenige Minuten danach einen SMV. Eine 30 Jahre alte Lehrerin wurde von ihrem algerischen Ehemann verlassen, nachdem er Schulden und einen Alimentenprozeß auf sich geladen hatte. Während der Zwangsvollstreckung durch den Gerichtsvollzieher öffnete sie den Gashahn und wollte mit ihren zwei Kindern erweiterten Selbstmord begehen. Eine schlafmittelsüchtige Lehrerin, die sich bei der Exploration zunächst als Pharmazeutin ausgab, unternahm einen SMV wenige Stunden später, da der Ehemann den Vater der Patientin in der Nacht gerufen hatte, um ihm die Auswirkungen des Medikamentenmißbrauchs zu demonstrieren. Eine arbeitslose Neurotikerin beging eine halbe Stunde, nachdem ihr eröffnet wurde, daß sie nicht länger im Wohnheim bleiben könne, einen SMV. Ein 17jähriges, unterbegabtes Mädchen nahm 4 Stunden nach einer Auseinandersetzung mit ihrer Chefin 17 Tabletten zu sich; danach las sie in einem Kriminalroman.

Abnorme Erlebnisreaktionen

Sofern nicht chronische Störungsereignisse wie ständiger Familienzwist, unerwiderte Liebe oder hohe Schulden vorlagen, kam es in einigen Fällen erst mit Eintritt des Anlasses zum SM-Entschluß und entsprechend sofortiger Reaktion. Den Pflichten des täglichen Lebens wurde unauffällig nachgegangen, meist bis zum Tage des SMV gearbeitet. Andere Patientinnen zeigten ein mehrere Tage anhaltendes ambivalentes Verhalten; Mittel wurden besorgt, man hoffte jedoch, vom Freund nicht verlassen zu werden, in der Schule die Versetzung doch noch zu erreichen usw. Solange dieses ambivalente Verhalten als Schwanken zwischen zwei Polen unvermindert andauerte, konnte der Umgebung gegenüber die Unauffälligkeit gewahrt werden. Eine 31jährige Serviererin betrank sich mit ihrem Mann zusammen, um das häusliche Elend und wüste Prügelszenen vom Abend vorher zu vergessen. In den fortgeschrittenen Abendstunden kam es zu erneuten Tätlichkeiten; daraufhin nahm die Frau Tabletten, zusätzlich enthemmt durch den reichlichen Alkoholgenuß.

Bei Liebeskonflikten (6 derartige Fälle) wurde noch eine Aussprache mit dem Partner gesucht. Verhielt sich dieser ablehnend, so erfolgte der SMV innerhalb weniger Stunden. Die Zeit dazwischen wurde mit Nebenhandlungen wie Musikhören, Rauchen, Frisieren usw. ausgefüllt oder es wurden allgemeine Vorbereitungshandlungen wie Zimmeraufräumen, Ordnen persönlicher Sachen usw. getroffen.

Von den 27 nichtpsychotischen Patientinnen hinterließen 9 (33%) einen Abschiedsbrief, von den 28 psychotischen nur 5 (17,8%). Dieses Ergebnis muß auch als Bestätigung angesehen werden, daß gegenüber allen anderen Gruppen die endogen Depressiven und Schizophrenen beim Selbstmordversuch selten Abschiedsbriefe schreiben.

Die 6 psychotisch erkrankten Männer schrieben keinen Abschiedsbrief; von den 29 nichtpsychotischen waren es immerhin 11 (38%). Bei gleichen Verhältniszahlen ist also ein Geschlechtsunterschied nicht feststellbar. Zum Vergleich die Zahlen, welche MAASS bei seinen Untersuchungen über Abschiedsbriefe von Selbstmördern fand: Von 187 SM schrieben 66 (34%) Abschiedsbriefe; davon waren 105 Frauen mit 34 (32%) Briefen und bei 82 Männern 32 (39%). Auch hier zeigte sich kein Geschlechtsunterschied.

B) PSYCHOPATHOLOGISCHE VERHALTENSWEISEN

I. Das soziale Umfeld

STENGEL hat in seinen Arbeiten über den Selbstmordversuch immer wieder die bedeutsamen sozialen Verhaltensweisen der Suicidalen herausgestellt. Der SMV ist nicht als eine isolierte Erscheinung der Individualpersönlichkeit anzusehen, die lediglich an ihren Problemen mit sich selbst oder denen im Verhalten zur Umwelt gescheitert ist. Auch der umgekehrte Schritt ist in diesen Überlegungen denkbar; ist nicht letzten Endes auch die Umwelt, die Gesellschaft an ihrer Leistung für das Individuum gescheitert, wenn es schließlich zum Messer, zum Strick oder zur Tablette greift? Man hat es mit eben jenem Bereich zu tun, in dem der "mißglückte" SMV des Laien durchaus zum "geglückten" des Psychiaters werden kann, wenn sich durch die suicidale Handlung Entscheidendes in der Lebensgestaltung, in der Zuordnung an die Gemeinschaft, in der sozialen Eingliederung und in der personalen Objektbeziehung des Verzweifelten geändert hat. STENGEL hat diesen Vorgang der Hinwendung zur Umwelt als ein soziales Verhaltensmuster (social pattern) beschrieben. Diese Verhaltensweise muß jedoch nicht grundsätzlich bei jedem Selbstmordversuch die "causa agendi" darstellen. Die Klärung der sozialen und menschlichen Beziehungen in der präsuicidalen und suicidalen Phase haben auch prophylaktischen Stellenwert.

Im folgenden Teil wird der Frage nach den zwischenmenschlichen Beziehungen nachgegangen, in welchem Ausmaß sie bei den untersuchten Patienten gestört waren oder überhaupt bestanden haben. Ein weiterer Abschnitt wird sich dann mit den intrapsychischen Vorgängen bei den Suicidalen befassen.

1. Die zwischenmenschlichen Beziehungen

   Fragen: "Bestand das Bedürfnis zur Aussprache mit anderen Menschen?"
   "Hätte irgendein Mensch oder ein Ereignis noch nach dem Entschluß zum SM von diesem abhalten können?"
   "Wurde Ablenkung in Gesellschaft oder Gesprächen gesucht?"

Diese inhaltlich gleichwertigen Fragen wurden lediglich aus Kontrollgründen als drei Fragen vorgelegt, um etwaigen Widersprüchen nachgehen zu können.

Zur Auswertung muß man kritisch anmerken, daß die Antworten folgenden Motivationen entspringen können, die nicht leicht zu differenzieren sind:

- eventuell soll der betreffenden Person, mit der man sprechen wollte und worauf dann ein SMV unterblieben wäre, nachträglich eine Schuld zugeschoben werden;
- die Möglichkeit der Entlastung durch eine Aussprache wird möglicherweise erst nach dem SMV im Gespräch mit dem Untersucher erkannt;
- ein echtes Bedürfnis bestand zwar tatsächlich, nur die Möglichkeit, es zu verwirklichen, fehlte.

Männer

Psychosen

Der cyclothyme Patient betont immer wieder seine seelische Verkrampfung, den inneren Zwang, unter dem er vor dem SMV gestanden hatte. Einer Aussprache habe er förmlich aus dem Wege gehen müssen.

4 der 5 Schizophrenen lehnten einen menschlichen Kontakt ab und verneinten das Bedürfnis zu einem verstehenden Gespräch gehabt zu haben. Sie glaubten auch nicht, daß man sie von ihrem Entschluß hätte abbringen können. Ein 37jähriger Spanier mit frischem schizophrenem Schub räumte ein, daß er es nicht getan haben würde, wenn er die "richtige Frau" gefunden hätte. Gleichzeitig kamen onanistische Schuldkomplexe zum Vorschein. In seinen Wahnvorstellungen, auch in detailliert geschilderten Träumen, traten deutliche erotische Triebkonflikte als Teil der Psychose zutage. Bei den Psychotikern waren die menschlichen Beziehungen derart unterbrochen, daß die Initiative zum Kontakt von der Umgebung hätte ausgehen müssen.

Nichtpsychosen

Beide Psychopathen räumten freimütig ein, daß ihnen ein echter menschlicher Kontakt, die verständnisvolle und hilfsbereite Anteilnahme Erleichterung gebracht haben würde. Der eine meinte, mit dem "besoffenen Studenten ist aber nicht viel anzufangen gewesen" (mit dem Patient den Abend verbrachte); bei einer vernünftigen Aussprache hätte er sich sicherlich von dem SMV abbringen lassen. Der andere klagte, daß "einem doch keiner auf dieser Welt hilft" und "ich hätte es so oder so getan, da es mein fester Wille war."

Ein Neurotiker berichtete, "ich bin mir vorgekommen, wie wenn man am Boden liegt, wieder hochkommt und erneut zusammenbricht". Wenn er aber jemanden getroffen hätte, dann wäre es nicht zum Selbstmordversuch gekommen. Aber so habe er sich weder in gesellschaftlichem Umgang noch in einem Gespräch ablenken lassen.

Der durch einen früheren SMV cerebralgeschädigte Hypochonder klagte den Eltern ausführlich Tag für Tag sein Leid. Die Beschwerden seien quälend gewesen. Er habe keine Lust zu menschlichem Umgang gehabt. Es hätte ihn aber durchaus jemand beeinflussen können, es nicht zu tun. Er sagte allerdings nichts über das Wie.

Die Alkoholiker verneinten alle das Bedürfnis zur Aussprache oder Ablenkung durch Verkehr mit Menschen. In der Tatsache, daß einige von ihnen bis kurz vor der Tat mit SM-Gedanken im Wirtshaus waren, ist eine typische Art der Kommunikation des Trinkers zu sehen, der eben zum Alkohol automatisch Geselligkeit braucht, die für seine Exzesse eine Art notwendige Kulisse darstellt und weniger dem Bedürfnis entspringt, hierin eine Problementlastung zu finden. Sie wird primär in der Alkoholwirkung angestrebt. Lediglich ein Alkoholiker ließ die Möglichkeit offen, daß ein verständnisvoller Freund hätte eingreifen können. 2 weitere gaben auf entsprechende Fragen ausweichende Antworten.

Wie schon mehrfach erwähnt suchten die Debilen in letzter Verzweiflung über ihre Lage immer wieder menschliche Hilfe, Zuflucht und Mitleid vor der Ausweglosigkeit in ihren "Problemen". Ihr SMV ging wirklich davon ab, ob ihnen diese Hilfe im entscheidenden Augenblick zuteil wurde oder nicht. Versagte die Umgebung, an die sie sich wendeten, blieb ihr Anruf ungehört, dann kam es in einer Art infantilem Trotz zum Tentamen, den man als demonstrative Geste allein jedoch nicht abtun kann. Beide Patienten hätten es nicht getan, wenn durch Dritte ihr Zimmerproblem gelöst worden wäre. Das "Problemchen" war für diese Leute wirklich ein Problem.

Es wird nicht überraschen, unter den 14 abnormen Erlebnisreaktionen nur 5 zu finden, die kein Bedürfnis zur Aussprache mit anderen Menschen verspürten; erst in der maximalen Einengung, im Umschlag des zunächst nach außen gerichteten Aggressionstriebes wurde die Zahl derer, die nun kein Gespräch und keine Geselligkeit mehr suchten, größer; dies war bei 8 Patienten der Fall. Selbst die restlichen 6 meinten, daß sie noch zu einer Hinwendung an die unmittelbare Umgebung fähig gewesen wären. In der retrospektiven Betrachtung des Geschehens waren nur 4 der Ansicht, daß sie absolut nichts mehr von dem Vorhaben hätte abbringen können. 10 gaben zu, daß der Versuch unterblieben wäre, hätte die Möglichkeit einer Entlastung nach außen bestanden.

Frauen

Psychosen

Von den 13 Depressiven verneinten 9 ein Bedürfnis zur Aussprache mit anderen Menschen. Dies Ergebnis überrascht nicht. SCHULTE, W. weist darauf hin, daß "melancholisch Kranke nichts von sich aus dafür tun, daß eine Begegnung zustande kommt. Sie sind in sich gekehrt und abgekapselt. Ihre Gedanken kreisen - darunter leiden sie - selbstquälerisch, angstvoll und hypochondrisch um einen einzigen ichbezogenen Punkt, ohne sich auf eine andere Thematik, und sei es auch nur für die Banalität des Alltags, einstellen zu können. Sie sind nicht imstande, von anderen eine Änderung ihres Zustandes zu erhoffen". Dieses autistische Verharren, die Reduzierung jeder Kommunikation bis auf das Unerträgliche war bei allen Patientinnen durchgängig. Bei der Frage, ob ein Mensch oder sonstiges Ereignis von der Tat abgehalten hätte, wurde in 5 Fällen eingeräumt: "Nur wenn man sich intensiv um mich gekümmert hätte". Der erste Schritt muß also von außen erfolgen, denn es heißt hier nicht "wenn ich jemanden gefunden hätte", sondern "wenn der Mann dageblieben wäre, wenn sich jemand mit mir beschäftigt hätte oder zu mir gekommen wäre". Eine Patientin gab ausdrücklich zu, daß sie nicht zu halten war, obwohl sich die ganze Familie in der rührendsten Weise um sie sorgte. Man muß jedoch annehmen, daß in solchen Fällen eine enge, vertrauensvolle und den Kranken sich selbstbestätigende Bindung gehalten hätte. In einigen Fällen bestand diese eben nicht trotz ärztlicher Betreuung.

Bei der Schizophrenie lagen die Dinge weniger eindeutig. Von den 11 waren es 4, welche Verbindung, Halt, Schutz und Geborgenheit suchten. Die Ichbezogenheit war besonders im Anfangsstadium - hierunter fallen auch die 2 hebephrenen Patientinnen - noch nicht so ausgeprägt wie bei der Meancholie. Es liegt eben mehr eine Bezugsstörung zum eigenen Ich, die mangelnde Integration der Person in ein sinnvolles Einbezogensein zur Umwelt vor. Die Schizophrenen wollen im Gegensatz zu den Depressiven einen Halt, sie leiden angstvoll unter der eisigen Isolierung, aus der sie keinen Ausweg mehr finden können. Bei den anderen Patientinnen stand der Wahn, die paranoische Komponente, die Ideenflucht, das halluzinatorische Erleben im Mittelpunkt. In diesem Zustand war Ablenkung hoffnungslos. Sie wirkte allein im Einschießen suicidaler Gedanken und deren Verwirklichung. Bei der Frage, ob eine menschliche Begegnung das Geschehen verhindert hätte, war die bejahende Tendenz deutlich herauszuhören. Man darf bei den Schizophrenen mehr Entgegenkommen erwarten als bei den Melancholischen. Der Zugang von außen ist zuweilen leichter.

Bei den motivierten Depressionen (depressive Reaktionen) war eines deutlich: sie suchten Ablenkung, Gemeinschaft, menschliche Anteilnahme. Sie sind auch "schneller bei der Hand, sich mitzuteilen. Indem sie das tun, erfahren sie eine Erleichterung, und vom Zuspruch der anderen erwarten sie eine weitere Linderung" (SCHULTE, W.). Aber in der akuten Situation der heftigsten Bedrängung durch SM-Gedanken waren sie fast so entschlossen, daß sie nur intensiver Kontakt abgehalten hätte. Zugleich war aber der SMV das Bestreben, von den Dingen Abstand zu gewinnen, über die Mißlichkeiten hinwegzuschlafen.

Nichtpsychosen

In Trotz, Verbitterung, vorwurfsvoll und anklagend zogen sich die Psychopathen zurück, wenn die "Appellversuche" in Form von verbalen Auseinandersetzungen oder auch Tätlichkeiten die in sie gesetzten Erwartungen enttäuscht hatten. Vordergründig war das Erzwingenwollen von etwas, die Warnung, wozu man sonst notfalls fähig sei. Der SMV war bei ihnen weitgehend Ausdruck einer sozial aggressiven Verhaltensweise, die zum Mittel des Dialogs mit der Umwelt wurde. STENGEL ist zuzustimmen, daß SMV dieser Art nicht allein den Tod zum Inhalt haben.

Eine psychopathisch reagible Lehrerin wollte am Gashahn erweiterten Suicid begehen, während der Gerichtsvollzieher im Hause war. Doch schnell besann sie sich wieder, es kam zu einer Aggressionsumkehr und die nun nachfolgende verbale und tätliche Auseinandersetzung sorgte für eine Entlastung. Trotz fixierter Fehlhaltung war bei den neurotischen Patientinnen das Hinwendungsbedürfnis zu den Angehörigen oder sonstwie Nahestehenden nicht erloschen. Nur 2 waren der Ansicht, daß sie durch nichts mehr hätten aufgehalten werden können. Aber selbst eine Patientin hiervon stattete der Freundin 1/2 Stunde vor dem SMV einen Besuch ab, aber offenbar war die Umwelt für sie in der Aggression nicht mehr erreichbar. Dies mußte auf dem Umweg der Selbstaggression umso sicherer erreicht werden. Insgesamt trugen die Selbstmordversuche der psychopathischen und neurotischen Persönlichkeiten unverkennbar theatralisch-demonstrative Züge.

In den Fällen, in denen es im Affekt zum Suicidversuch als abnorme Erlebnisreaktion kam, wurde menschliches Eingreifen nicht erwartet und die Hilfe anderer nicht gesucht. Das traf in 7 Fällen zu. Die restlichen 6 lassen diese Möglichkeit offen. Immer wieder wurde betont, daß es eigentlich nur an mangelnder Aussprachemöglichkeit gelegen habe. Gesucht wurde das sachliche Gespräch, ein Aus-einander-Setzen der Konflikte, die Entschärfung der hochexplosiven Spannung. Wer sich selbst immer mehr in die Isolierung hinein-

manöverierte, war erstaunt, es im Ernstfall auch tatsächlich zu sein.

In einigen Fällen hätte gütiges Verstehen und schonendes Einfühlen durch Dritte den SMV überflüssig gemacht; man sollte labile Menschen keineswegs in der affektiven Einengung sich selbst überlassen, sondern immer wieder Zugang suchen, an die Vernunft appellieren, soweit dies möglich und Gelegenheit dazu gegeben ist.

Der SMV ist - und darin besteht sicherlich ein Unterschied zum SM - nicht allein der Versuch, sich zu töten, sondern eben auch letzte, äußerste Möglichkeit, diesen Tod von sich zu wenden durch Änderung der Situation, freilich durch einen hohen, nicht ungefährlichen Einsatz.

"In jedem Fall besteht noch immer eine gewisse Tendenz, sich in irgendeiner Form mit dem Leben auseinanderzusetzen" (HOFF, H.). Dazu STENGEL in seiner Monographie: "Die Selbstbeschädigung bei den meisten SMV, auch wenn sie ernsthaft ist, ist insuffizient, um zum Tod zu gelangen, und die Versuche werden in einer Richtung unternommen, welche das Eingreifen anderer ermöglicht, wahrscheinlich oder sogar unvermeidlich macht."

2. Ankündigung

Fragen: "Wurden die Selbstmordgedanken anderen Personen mitgeteilt?"
"Wurden nach dem Entschluß noch Andeutungen gemacht?"

Die Versuchung ist groß, SM-Ankündigungen und SM-Drohungen nicht ernst zu nehmen, sich lediglich damit zu beruhigen, daß der Betreffende das schon nicht tun werde, er sei ja gar nicht der Typ dazu, sei viel zu feige usw. Dies besonders dann, wenn derartige Drohungen des öfteren ausgestoßen wurden. Es ist schwer einzuschätzen, wann die Ankündigung verwirklicht wird und wann nicht. Es gibt bei den abnormen Reaktionen keine sicheren Kriterien dafür. Der Zufall hat eine wichtige, doch unberechenbare Schlüsselposition.

Weiß man allerdings, daß der Betreffende depressiv ist, daß er gar psychotisch verändert ist, so wäre es eine unverzeihliche Fahrlässigkeit, diesen Ankündigungen keine Beachtung zu schenken.

Männer

Psychosen

Weder bei dem cyclothymen Patienten noch bei den Schizophrenen ging irgendeine Ankündigung, irgendein Hinweis voraus; schon gar nicht nach dem Entschluß.

Nichtpsychosen

Bei den Psychopathen erfolgten gleichfalls keine Äußerungen vor dem SMV. Einer der neurotischen Patienten schrieb einen Brief, den er der Freundin vor Ausführung seines Versuches überreichte. Bis auf einen Alkoholiker, der oft davon gesprochen hatte, erfolgten keine Mitteilungen und keine warnenden Worte über den SMV. Ein Patient berichtete erst nach Einnahme der Tabletten.

Von den Debilen machte einer im Wirtshaus Andeutungen. Von den 14 Erlebnisreaktiven ließen 6 irgendeine Bemerkung fallen, aus welcher auf das Vorhaben zu schließen war. Ein Patient dieser Gruppe schrieb z.B. 3 Briefe, einen an die Staatsanwaltschaft, einen an das Justizministerium und den dritten ließ er per Taxi an seinen Hauswirt überbringen.

Diese Angaben stellen nur Mindestzahlen dar. Mancher wird, bei der Exploration auf die Ernsthaftigkeit seines SMV angesprochen, dessen Ernsthaftigkeit bedroht sehen, wenn er nachträglich Ankündigungen gestehen soll. Eine Ankündigung entfällt zudem in all jenen Fällen, in denen der Selbstmordversuch kurzschlüssig zur Ausführung kam.

Frauen

Psychosen

4 von 13 Depressionen deuteten in Worten das Vorhaben an, in einem Fall kam es sogar zu eingehenden Gesprächen über die SM-Gedanken mit dem Bruder, einem Arzt.

Ähnliche Verhältnisse fanden sich bei den Schizophrenen: 5 von 11 machten offene oder versteckte Anspielungen. Von den depressiven Reaktionen waren es 2, die junge Lehrerin gegenüber den Eltern und die junge Witwe gegenüber einer im Hause wohnenden Freundin.

Nichtpsychosen

Die psychotisch strukturierten Patientinnen teilten unmittelbar nach erfolgtem SMV diesen Schritt in 3 der 5 Fälle mit, so auch eine Patientin dem anwesenden Gerichtsvollzieher.

Von den 6 neurotischen Frauen erfolgte in 3 Fällen eine Ankündigung, jedoch nur indirekt, indem man sich z.B. unauffällig nach dem Verlauf der A. radialis erkundigte oder der Mutter sagte, man werde bald für eine Beerdigung sorgen oder wenn sie am Abend nach Hause komme, werde man nicht mehr sein.

Eine cerebral abgebaute, 81jährige Patientin traktierte die Familie täglich mit SM-Ankündigungen. Groß war bei den Angehörigen das Schuldgefühl, als sie über die Einzelheiten berichteten.

Bei den 13 abnormen Erlebnisreaktionen erfolgte eine direkte oder indirekte Ankündigung in 7 Fällen. Bis auf eine Patientin lagen hier chronische Konflikte vor.

Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild: Bei den männlichen Psychosen wurde der SMV nicht angekündigt, bei den weiblichen in 12 (45%) von 28 Fällen, nach dem Entschluß jedoch nur noch in 2 Fällen (7%). Man sieht, wie wichtig es ist, diese Drohungen im präsuicidalen Zustand ernst zu nehmen; es bestehen nicht geringe Chancen, wirksam einzugreifen, aber nicht mehr dann, wenn der Entschluß durch die Passivität der Umgebung untermauert wird.

Bei den Nichtpsychosen der Männer erfolgten Andeutungen in irgendeiner Form (auch noch nach dem Entschluß) in 9 von 29 Fällen (31%); bei den Frauen waren es 15 von 27 Fällen (55%) vor, jedoch nur noch 5 (18,5%) nach dem Entschluß, Hand an sich zu legen.

Die prophylaktisch günstigsten Aussichten, um das Vorhaben zu vereiteln, würden also in der Phase zwischen Auftreten der SM-Gedanken und dem Entschluß zur Verwirklichung liegen. Da man aber nicht ohne weiteres beurteilen kann, in welchem Stadium der Lebensmüde sich schon befindet, sollte jedweder Andeutung grundsätzlich solange nachgegangen werden, bis man die Suicidalität einigermaßen einschätzen kann.

RINGEL gibt für seine 50 Patienten in 16 Fällen (35%) direkte, in 23 Fällen (49%) indirekte SM-Ankündigungen an.

Motive, die eine Ankündigung veranlassen, könnten nach ROBINS (zit. nach RINGEL) sein:

- der Wunsch, die Angehörigen unter Druck zu setzen,
- der Wunsch, von Angehörigen Hilfe zu bekommen,
- der Wille, die Angehörigen auf den bevorstehenden Verlust vorzubereiten,
- das Überfließen eigener Gedanken und Stimmungen, die einfach nicht mehr bei sich behalten werden können.

3. Das äußere Verhalten zu den zuletzt gesehenen Menschen
Fragen: "Wie war das äußere Verhalten? Sollte niemand etwas merken?"
"Wie war das Verhalten gegenüber den zuletzt gesehenen Menschen?"

Bespricht man mit Angehörigen und Bekannten derer, die einen SMV unternommen haben, das Verhalten der betreffenden Patienten vor dem SMV, so ist immer wieder zu hören, daß man gar nichts bemerkt habe, daß sie vielleicht ein wenig stiller gewesen seien als sonst, daß man "damit" aber keinesfalls gerechnet hätte. Andere meinen, man habe die geäußerten SM-Gedanken nicht ernst genommen, denn es habe ja gar kein Anlaß bestanden. Wieviel Verteidigung und Schuldgefühle oder schlichte Wahrheit in diesen Worten enthalten sein mochte, war nicht immer verläßlich zu beurteilen.

Eine andere Frage ist, ob man die Antworten der Patienten hierzu mehr bewerten soll. Es ist anzunehmen, daß kein Patient einen Grund hat, hinterher zu leugnen, in seinem Wesen auffälliger und veränderter als sonst gewesen zu sein oder nicht. Für ihn gibt es weniger Schuldgefühle Dritten gegenüber (endogen Depressive bilden eine Ausnahme), im Gegenteil, es könnte für ihn nur der Beweis sein, daß selbst sein verändertes Wesen die Menschen nicht auf seine notvolle Lage hinwies.

Männer

Psychosen

Psychisch auffällig waren der endogen depressive sowie 3 der 5 schizophrenen Patienten. Ersterer wurde von seinen Familienangehörigen sehr aufmerksam beobachtet, die Frau versuchte immer wieder das düster brütende Wesen des Mannes aufzuheitern.

Ein hebephrener junger Mann wurde am Vormittag des Tages, an dem er den SMV geplant hatte, aus der geschlossenen Abteilung der Nervenklinik entlas-

sen. Man darf annehmen, daß dies unterblieben wäre, hätte auch nur der geringste Verdacht auf Suicidalität bei der Entlassung vorgelegen. Der Kranke ging mit der ihm eigenen Schläue und nach außen hin gespielten Harmlosigkeit ans Werk. Bei der Entlassung will er jedoch schon gewußt haben, wie er es machen werde. Ein anderer Schizophrener bedrohte nach mehreren Schnittversuchen sich und auch die Zimmerwirtin weiterhin mit dem Messer. Er wurde in akutem psychotischem Zustand in die Klinik eingeliefert. Ein weiterer Schizophrener war erregt, unruhig und äußerte ununterbrochen paranoische Ideen. Der letzte schließlich lag in autistischem, schon kataton gefärbtem deprimierten Zustand tagelang im Bett seiner Gastarbeiterunterkunft.

Nichtpsychosen

Einer der beiden Psychopathen blieb unauffällig. Keine Auseinandersetzungen, keinerlei akute Konflikte gingen voraus. Auffallend waren die Schuldgefühle wegen häufiger onanistischer Betätigung. Der Verdacht auf eine blande verlaufende oder initiale Hebephrenie war nicht auszuschließen, konnte aber klinisch nicht bestätigt werden. Der andere Psychopath war wegen seiner geschäftlichen Differenzen im Verhalten auffällig, nicht jedoch in suicidaler Hinsicht. Beide Neurotiker waren in ihrem Verhalten durch gewisse Zwangshandlungen abnorm. Mehrmals wurde in den Wochen vor dem SMV ein Fabrikant vom Sohn am Sprung vom Balkon gehindert. Ein junger Kaufmann hatte zwar keinen Kontakt zur Umwelt, aber die häufigen Briefe an seine Freundin kennzeichneten die Phase der präsuicidalen Einengung sehr deutlich.

Beide hirnorganisch geschädigten Patienten mußten als auffällig gelten, der eine bei den Arbeitskollegen wegen seiner depressiv hypochondrischen Wesensart, der 2. infolge seiner quälenden onanistischen Komplexe und seiner unbewältigten Pubertätskrisen. Freilich läßt sich in diesen Fällen nicht sagen, inwieweit diese Symptome für den Verdacht auf einen möglichen SMV als zwingend anzusehen waren.

Die Alkoholiker meinten durchweg unauffällig und "nett wie immer" gewesen zu sein. Der eine oder andere berichtete lediglich von einer inneren unbestimmten Unruhe.

Nicht direkt auffällig waren die 2 Debilen, wenigstens nicht die letzten Stunden vor dem SMV, als beide im Wirtshaus saßen. Sie waren beide alleinstehend.

Von den 14 abnorm Erlebnisreaktiven berichteten nur 4, sie seien nicht verändert, sondern ruhig und gefaßt gewesen. Der Rest war verängstigt, aggressiv, aufgeregt, mutlos, niedergedrückt oder eigenbrötlerisch, durch Alkohol stimuliert. Gemein-

sam war ihnen das mehr oder weniger deutliche Gefühl der psychischen Insuffizienz. Bei den letzten Begegnungen wurde versucht, sich nichts anmerken zu lassen und die inneren Spannungen nach außen hin zu überspielen.

Frauen

Psychosen

Eine endogen depressiv erkrankte Patientin konnte über ihr Verhalten vor dem SMV (Ertränken) infolge retrograder Amnesie nichts aussagen. Von den restlichen 12 gaben nur 2 an, ihrer Umgebung gegenüber nicht wesentlich verändert gewesen zu sein. Sie hätten sich vielmehr bemüht, so zu sein wie sonst auch. Nervös-erregte, innere Spannungszustände schlugen nach außen durch, wurden in gejagter Unruhe, Konzentrationsschwäche, Verlangsamung und Antriebsverarmung manifest. Kam es noch unmittelbar vor dem SMV zu Begegnungen mit Angehörigen oder Freunden, so wurde diesen gegenüber die suicidale Entwicklung und das Verhaftetsein an SM-Gedanken verborgen.

Die seit Monaten depressiv veränderte Lehrerin mit endoreaktiver Komponente und dem Hang zu masochistisch-hysteriformer Selbstdarstellung vergewisserte sich des öfteren der Liebe und Zuneigung ihrer Eltern. Sie wurde von ihnen wegen ihrer suicidalen Tendenzen Tag und Nacht bewacht. Eine auf die Scheidung der Ehe depressiv reagierende Frau war unter den Nachwirkungen dieser Trennung noch immer "wie trunken und schwermütig im Gefühl". Ihr geschiedener Mann besuchte sie über das Wochenende und versuchte sie damit zu trösten.

Ratlosigkeit und das Gefühl des Ausgeliefertseins erzeugten phobische Reflexhandlungen mit sinnlos wütenden, daher für den SMV oft untauglichen Mitteln. Dieses Verhalten stand besonders bei den Schizophrenen im Vordergrund. Der SMV erfolgte in diesen Fällen durchweg als plötzlicher Einfall. Deswegen konnte es zu keiner auffallend wirkenden Veränderung kommen.

Die übrigen standen unter dem Einfluß und der Auseinandersetzung vermeintlicher fernwirkender Kräfte, ihren halluzinatorischen und paranoischen Erlebnissen, die auch der Umgebung nicht entgingen. In den meisten Fällen fiel die gereizte, motivlos verstimmte, depressive, mit Verfolgungs- und Verschuldungsideen besetzte Wesensänderung auch den Laien auf, aber sie wurden nicht als Symptome eines möglicherweise sich anbahnenden SMV gesehen.

Nichtpsychosen

Bei den Nichtpsychosen waren die Auffälligen in allen Gruppen, die mit dem social pattern und dem Appellcharakter in Beziehung zu setzen sind, andererseits aber auch Unauffällige, deren Entscheidung zum SMV Bilanz- und Fluchtmerkmale in sich trug, abgesehen natürlich von den Kurzschlußreaktionen. Man wollte in diesem Entschluß nicht mehr von Dritten gestört werden. Ihr SMV kann als Muster des Gottesurteilscharakters und des Überlassens an das Zufällige angesehen werden.

Nur eine einzige Psychopathin war der Überzeugung, bis zum SMV einen ausgeglichenen Eindruck auf ihre Mitmenschen gemacht zu haben.

Die neurotischen Patientinnen lassen sich in 2 Gruppen teilen, solche, deren Ambivalenzverhalten bis unmittelbar zum SMV anhielt und die nach außen emotional verändert waren. Ihre Konflikte waren weder in der einen noch in der anderen Richtung entschieden. Dadurch wurde die innere Spannung immer weiter gesteigert und blieb auch den Mitmenschen nicht verborgen. Die andere Gruppe hatte scheinbar mit sich abgeschlossen, der SMV wurde als letzte Möglichkeit einer Konfliktbeseitigung angesehen. Die Aggressionspotentiale konnten sich in solch einer Situation nur noch an der eigenen Person entladen, denn die Umgebung war hierfür direkt nicht mehr erreichbar. Die äußere Unauffälligkeit wurde von diesen Patientinnen sehr betont.

Die Alkoholikerin lebte zurückgezogen in ihrem Zimmer ohne Kontakt mit der Vermieterin. Unter Menschen wagte sie sich nicht mehr.

Die debile und die cerebralsklerotisch veränderte Patientin waren bis zum Versuch ohne gröbere Auffälligkeiten.

In all jenen Fällen, wie bei den Männern, in denen chronische Konflikte die Grundlage für die suicidale Entwicklung abgaben, kam es eher zu gefaßtem, unauffälligem und getarntem Verhalten als in denen affektiver Einengung und explosiver Entladung.

Aus DUBITSCHERs Monographie ist zu entnehmen, daß die Patienten, welche aus Liebeskummer SM begingen, vor der Tat überwiegend unauffällig gewesen seien gegenüber denen, deren Handeln durch andere Motivationen bestimmt war. Insgesamt waren bei ihm 70% aller Selbstmörder auffällig, die Psychotiker jedoch nur zu 3%. OPPAWSKY fand bei 336 SMV Jugendlicher 65% des männlichen und 79% des weiblichen Anteils auffällig. Die Auswertung vorliegenden Materials ergibt, daß 66% der psychotischen Männer (bei nur insgesamt 6 Patienten dieser Art sind Zahlen mit Vorsicht zu betrachten) und 57% der psychotischen

Frauen verändert waren. Alle Diagnosegruppen zusammengerechnet ergibt eine Auffälligkeit bei den Männern in 22 (62,8%) und bei Frauen in 34 (61,8%) Fällen. Weder bei den Psychosen noch bei den Nichtpsychosen fanden sich geschlechtsbedingte Unterschiede.

Man kann vermuten, daß die Auffälligkeit beim SMV allgemein größer ist als beim SM in den psychotischen Fällen; dagegen ist die Auffälligkeit bei den abnormen Erlebnisreaktionen bezüglich SM und SMV nach obigem Zahlenvergleich ohne deutlichen Unterschied.

4. Die Beziehung zwischen Tatort und Ausführung zur Umgebung

STENGEL ist dieser Frage bei allen von ihm untersuchten Gruppen nachgegangen. Er wollte den SMV als Ausdruck einer sozialen Verhaltensweise charakterisieren. Tatsächlich erhält man hierüber einigen Aufschluß, wenn die Tatumstände und der Tatort in ihrer Einbeziehung zur Umwelt gesehen werden. Man kann natürlich nicht bzw. wohl nur in den wenigsten Fällen nachweisen, die Patienten hätten bewußt und berechnend den SMV so durchgeführt, daß im entscheidenden Augenblick rechtzeitig Hilfe zur Stelle sein mußte. Das kann durchaus auch ganz unbewußt geschehen. Letztlich ist aber doch ein wichtiger Hinweis gegeben, inwieweit der Lebensmüde alle menschlichen Bindungen aufgegeben hatte oder nicht.

8 (28,5%) von 28 psychotischen Frauen und 10 von 27 nichtpsychotischen (43,4%) unternahmen den SMV ohne unmittelbare Anwesenheit dritter Personen.

Von den psychotischen Männern waren nur 2 (33%) allein, während es bei den 29 Nichtpsychosen 10 (34,4%) waren. Zu überlegen ist, ob man die Fälle, bei denen die nächsten Familienangehörigen oder sonstwer in dem Raum oder einem diesem angrenzenden schliefen, in welchem der SMV begangen wurde, auch zu den "isolierten" rechnen soll oder nicht. Es gibt jedoch kein verbindliches Kriterium dafür, inwieweit diese "stille Anwesenheit" für die Durchführung des Versuches in Berechnung gezogen wurde oder nicht, d.h. Zufälligkeit und ihr Gegenteil können nur schwer unterschieden werden.

Tab. 7 Tatort der Selbstmordversuche

Männer

Psychosen	Ort	Nichtpsychosen
4 (66,6%)	Wohnung, gemietetes Zimmer	21 (72%)
1 (16,6%)	auswärtige Unterkunft (Heim, Hotel)	5 (17%)
- -	abgelegene Gegend (Wald, Fluß usw.)	3 (10%)
1 (16,6%)	belebte Straße	- -

Frauen

Psychosen	Ort	Nichtpsychosen
18 (64%)	Wohnung, gemietetes Zimmer	19 (70%)
2 (7%)	auswärtige Unterkunft (Heim, Hotel)	5 (17%)
7 (25%)	abgelegene Gegend (Wald, Fluß, Park)	- -
1 (4%)	belebte Straße	3 (11%)

II. Intrapsychische Vorgänge

1. Die Stimmungslage

Fragen: "Hatten sie Angst vor dem Tode?"
"Waren sie nach ihrem Entschluß gegenüber der Zeit vorher erleichteter, befreiter, beruhigter, gelöster, heiterer, nervöser, glücklicher, trauriger depressiver, verzweifelter? Welche Gefühle waren am stärksten?"
"Welches Empfinden, welche Gedanken hatten sie direkt bei der Ausführung?"

Stimmung und Affekt sind zwei einander bestimmende Größen. Der Affekt wird wesentlich durch die zugrunde liegende Stimmungslage, die emotionale Erlebnisverarbeitung bestimmt. Kommt es zur affektiven Einengung, so entstehen Spannungsfelder verschiedenster emotionaler Färbung. Je nach der "Grundspannung" überwiegen aggressive, ängstliche, asthenische, sthenische, depressive, stagnierende oder explosive Momente. Bei diesen Fragen sollte vor allem etwas in Erfahrung gebracht werden, welcher Art der psychische Zustand nach dem SM-Entschluß war. Wie wurde der Entschluß psychisch-energetisch umgesetzt, reflek-

tiert, verarbeitet und in welchem Maße war er bestimmend für das weitere Verhalten?

Die Frage nach der Angst vor dem Tode mag laienhaft anmuten. Inzwischen ist man aber längst davon abgekommen, im SMV und SM eine Art Mutprobe zu sehen. Die Beantwortung dieser Frage dürfte im Durchschnitt Aufschluß geben, inwieweit die Vorstellungen über die Konsequenzen dieser suicidalen Handlung durch die Gesamtpersönlichkeit hindurchgegangen sind oder eben umgangen wurden.

"Hätten Sie Angst vor dem Tode?"

Männer

Direkte Angst vor dem Tode wurde in keinem Fall, weder bei den Psychosen noch bei den Nichtpsychosen der Männer zugegeben. Nur in 5 von 35 Fällen kam es zu Gedanken über das Weiter nach dem Selbstmord, klangen Bedenken und Zweifel in dieser Richtung an. Aber auch da wurde das Absolute, die Irreversibilität des Todes nicht erfaßt und mit Bewußtheit vor Augen gestellt. Es war letzten Endes ein Ausweichen, man stellte sich diesen Dingen nicht. Umbewußt drängten die vitalen Kräfte derartige Überlegungen beiseite; andererseits schaltete die Hemmung dieser antisuicidalen Kräfte jenes finale Denken aus. Ohne Eigenhemmung, einem enthemmten Reflex vergleichbar lief die Handlung ab. Typisch war die Antwort eines erlebnisreaktiven Patienten: "Das überlegt man sich in dem Augenblick doch gar nicht". Zwei weitere Patienten dieser Gruppe meinten, als Soldat hätten sie dem Tod schon oft ins Auge gesehen.

Frauen

Auch bei den Frauen wird der Gedanke an den Tod affektiv überlagert. Wie bei den Männern, bei den Frauen etwas häufiger, gibt es Fälle, in denen die Angst erst einsetzt in dem Augenblick, nachdem der SMV durchgeführt ist. Hier scheint eine Art Schockwirkung mit Entsetzen und Reue die Erkenntnis über das Unsinnige des Tuns den Patienten in der Gegenrichtung zu mobilisieren. Er kämpft plötzlich wieder um das eben erst weggeworfene Leben. Diesen Vorgang findet man ausgesprochen bei den Nichtpsychosen. Bei den neurotischen und psychopathischen Strukturen war in insgesamt 4 Fällen (Männer und Frauen zusammen) zu hören, daß irgendwelche motivierten Angstgefühle im Spiele waren. Bekanntlich sind Todesphantasien (KAUDERS) und Jenseitsvorstellungen über das eigene Ende bei diesen Menschen nicht gerade selten. Sie müssen als

ein Lustgewinn angesehen werden. Es ist eine Art vertagte, ins Überirdische verlagerte Selbsterhöhung.

"Waren Sie nach Ihrem Entschluß gegenüber der Zeit vorher erleichterter, befreiter, beruhigter, gelöster, heiterer ...?"

Männer

Was die psychische Stimmungslage betraf, so wurde bei den Psychosen am häufigsten die nervöse Erregung, die depressiv-traurige und verzweifelte Stimmung betont. Die Psychopathen neigten eher zu Erleichterung, innerer Befreiung und Gelöstsein, desgleichen die Neurotiker. Mehr zur traurig-verzweifelt-ratlosen Seite tendierten die Debilen und hirnorganisch Geschädigten. Bei den abnormen Erlebnisreaktionen bewegten sich die Ereignisse zwischen so extremen Polen wie Erleichterung und niedergedrückter Verzweiflung. Sehr oft wurde angegeben, wie befreit, gelöst und ruhig man sich nach dem Entschluß gefühlt habe. Zuweilen wurde von einem eigentümlich paradoxen Glücksgefühl gesprochen. Dies alles wird verständlich, wenn man bedenkt, welch ungeheure Belastung der Betreffende zu tragen hat, bevor er sich zum SM entschließt. Das Nicht-entscheiden-Können verstärkt reaktiv das seelische Insuffizienzgefühl, die Schwäche und das Ausgesetztsein. Der Druck lastet auf der Seele, eine Entscheidung muß getroffen werden. Ist diese Entscheidung gefallen, tritt plötzlich ein Entlastungsgefühl ein und die überwundene Stagnation bringt Erleichterung, Befreiung und freisteigende euphorisch anmutende Äquivalente. Sie gelten aber mehr qualitativ als quantitativ der Tatsache, nunmehr den Zustand der Entscheidungslosigkeit überwunden zu haben. So ergeht es oft, wenn man sich zum Kauf zwischen zwei ungefähr gleich guten Waren entscheiden soll, jede bekannt mit ihren Vor- und Nachteilen. Man ist dann schließlich mehr darüber froh, die lästige und unbequem Entscheidung los zu sein als das gekaufte Objekt zu haben; die Freude daran kann unter Umständen durch diese vorangegangenen Kämpfe mit sich selbst sogar getrübt werden.

Frauen

Wesentlich neue Gesichtspunkte sind hier nicht hinzuzufügen. Es wurde versucht, mit Hilfe eines Diagrammes die Schwerpunkte optisch hervorzuheben, indem die Antworten zu einer Rubrik (z.B. "erleichtert" usw.) in räumlicher Ausdehnung für die Häufigkeit stehen (s. Abb. 3 und 4 auf Seite 61).

Abb. 3 ♀ ♂ Psychische Stimmungslage vor dem SMV

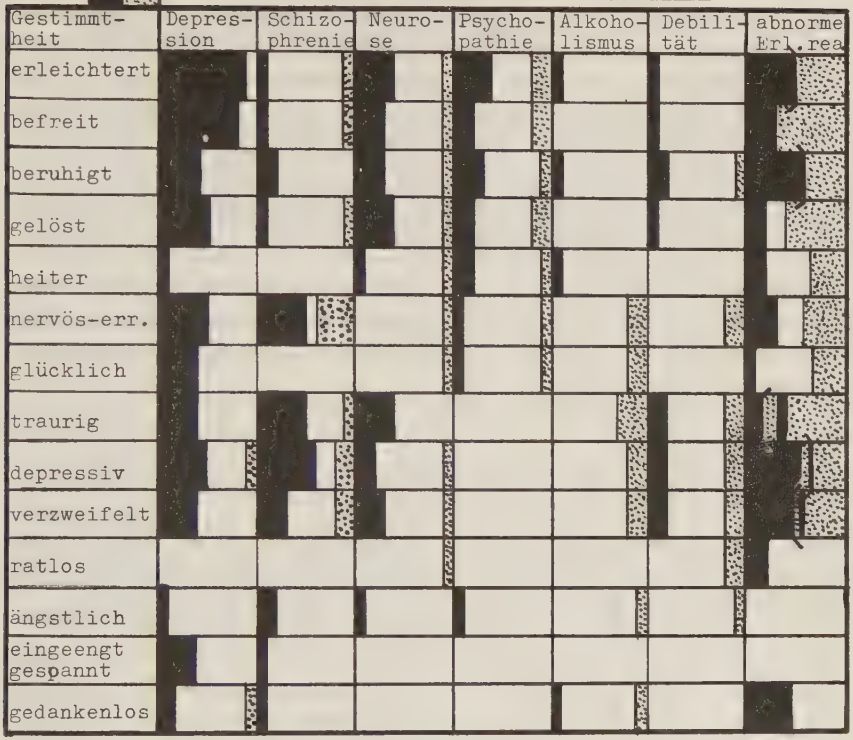
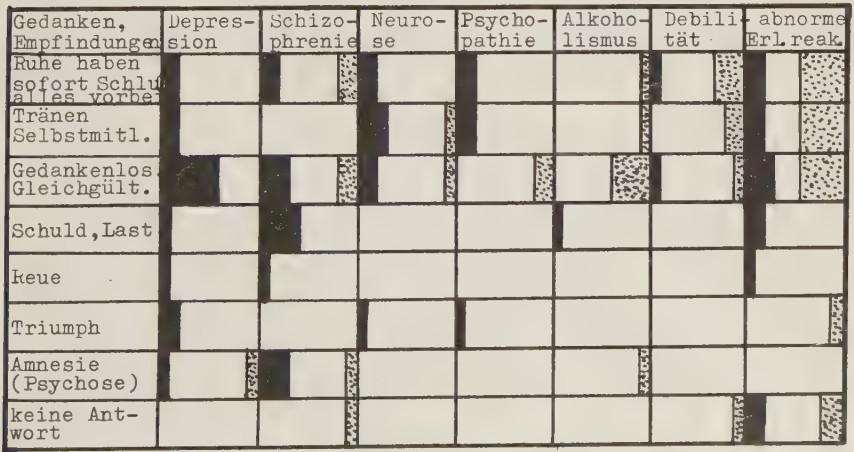


Abb. 4 Gedanken und Empfindungen bei Ausführung des SMV



▮ = 2mm, entsprechen jeweils einer Antwort

Zur Verdeutlichung noch einige Antworten von Patientinnen aus den jeweils verschiedenen Gruppen der Nichtpsychosen. Eine Psychopathin meinte, sie habe lediglich zeigen wollen, wie ernst sie es gemeint habe. Eine Neurotikerin gestand, daß sie eigentlich gar nicht sterben wollte, aber in ihrer Verzweiflung sei keine andere Wahl geblieben. Für die unerwiderte Liebe einer Schülerin zum Lehrer war dessen endgültige Ablehnung eine schreckliche Enttäuschung, weil nun die Spannung weg gewesen und sie ganz ruhig, erleichtert und gelöst gewesen sei als sie den SMV ausgeführt habe.

DUBITSCHER fand bei den Suicidalen (Selbstmörder) seines Materials depressive Stimmung in 35,3%. Unter Hinzurechnung der als ratlos oder ängstlich oder verstimmt Charakterisierten kam es zu einem depressiv auffälligen Verhalten in 56%. Erregung wurde in 11% angegeben.

"Welches Empfinden, welche Gedanken hatten Sie bei der Ausführung?"

Auch hier sind die wichtigsten Fakten für Männer und Frauen im Diagramm festgehalten (Abb. 4). Unterschiede sind einigermaßen erkennbar, aber daraus sollten keine Schlüsse gezogen werden, zumal die Aufgliederung in weitläufige Begriffe zu leicht Verallgemeinerungen ergibt.

Auffallend war die affektive Leere und stumpfe Wurstigkeit der Alkoholiker. Aber auch in den anderen Fällen war die Gedankenlosigkeit im suicidalen Akt ein ausgeprägtes Symptom.

Insgesamt ist die gute Übereinstimmung der Geschlechter innerhalb der Gruppe der abnormen Erlebnisreaktionen hervorzuheben. Die Angst bei den Depressiven und Schizophrenen wird nur selten im Zusammenhang mit dem Versuch genannt; sie ist unmotiviert und steht nicht im Zusammenhang mit der Angst vor dem Tod.

Im emotionalen Geschehen stehen bei den SM-Handlungen mehr die Gründe, das Motiv oder der Anlaß im Mittelpunkt als das Ende, der bewußt gewordene Tod. "Ein Mensch, der Selbstmord begeht, ist meist völlig im Unklaren über die Unaufhebbarkeit dieses Unternehmens und über die Realität des Todes." (GREITHER). Ferner ist gezeigt worden, daß "die Angst vor dem Sterben wohl kaum ein gültiges Motiv (keinen Selbstmord zu begehen) darstellt, wenn man bedenkt, welch abgrundtiefer Verzweiflung es zu entfliehen gilt und daß die heutige Technik des SM ein schmerzloses Sterben ermöglicht" (WEXBERG). Wieviel mehr gilt dies für den SMV! Schon HÜBNER gelangte 1910 zu der Ansicht, daß für einen Großteil der Fälle anzunehmen ist, daß "ihnen bei der Ausführung der Tat der Endausgang derselben überhaupt nicht klar zum Bewußtsein kommt".

2. Das Denken (bewußtseinshelle Probleme)
Frage: "Was waren die stärksten Probleme, die vor der Ausführung das Denken beherrschten?"

In erster Linie interessiert hier, ob sich die Lebensmüden über ihre Probleme, über das "Warum" auch im suicidalen Handeln bewußt waren oder ob diese Motive und Anlässe nicht durch andere Motivationen abgelöst wurden, die gleichsam wie ein Eisberg unter Wasser schwimmend durch die plötzliche Erinnerung an frühere Kränkungen, Traumata usw. Auftrieb bekamen und zu führenden Gedankeninhalten wurden. Auch hier seien die Ergebnisse tabellarisch zusammengefaßt und gleichzeitig darauf hingewiesen, daß es sich um keine Motivstatistik im üblichen Sinne handelt.

Bei den Psychosen standen Wahninhalte sehr stark im Vordergrund. "Der Todesgedanke tritt nicht mehr symbolhaft oder verdeckt durch neurotische Symptombildung wie in der Neurose hervor, sondern ganz unverhüllt als Todesangst die Lebensschranke durchbrechend" (KAUDERS). Immerhin waren bei den Psychosen die Fälle nicht selten, wo ein äußerer Anlaß die Führung im weiteren Verlauf des Denkens übernahm, z.B. die Äußerung eines Ehemannes zu seiner Frau "geh doch endlich" oder die Scham einer Frau, in Gegenwart der eigenen Tochter von einer anderen Frau aus Eifersucht geschlagen worden zu sein; die Aufforderung an die hebephrene Schülerin, nach Hause, in die "verhaßte" Stadt (an der dortigen Volksschule will sie einen brutalen Lehrer gehabt haben) zurück zu müssen, brachte die Psychose schlagartig zum Ausbruch; bei der hebephrenen Studentin war es das plötzliche Bewußtwerden des trostlosen Familienlebens, als sie das glückliche Familienleben beim Besuch einer befreundeten Familie erlebte. Daß die Motivation zum SMV auch bei den Psychotikern durchaus eine normale sein kann, dem täglichen Leben mit seinen Schwierigkeiten und Problemen entspringend, wurde schon an früherer Stelle erwähnt.

Bei den Nichtpsychosen kreiste das Denken durchweg um die Probleme und Schwierigkeiten, an denen man gescheitert war. Nicht mehr der akute Anlaß stand im Vordergrund, sondern ganz allgemein die Lebenssituation. Blitzschnell wird rekapituliert und Bilanz gezogen. v. ANDICS schreibt hierzu, daß "eine Bilanz des Lebens gezogen wird, bei der alle Schwierigkeiten zusammen in die Waagschale geworfen werden. Die gehemmte Durchsetzung der Lebensansprüche in einer ganzen Reihe von Lebensbereichen führt nicht nur zu einer Einengung des Lebensraumes, sondern auch des Blickfeldes, durch welche die noch vorhandenen Möglichkeiten unbeachtet bleiben und das Individuum seinen weiteren Weg wie abgeschnitten sieht."

Versagenszustände wurden bei den Männern weniger toleriert als bei den Frauen; letztere sprachen jedoch emotional sehr stark auf den Verlust eines Menschen an, sei es des Ehemannes (Tod oder Scheidung) oder eines Freundes (s. Tab. 8).

3. Die Intention

Frage: "Bestand das Gefühl, allein eine absolute Entscheidung nur aus eigenem Willen zu fällen oder trieb eine fremde unerklärliche Macht zum SMV?"

Tab. 8 Gedankeninhalte beim SMV

Gedankeninhalte	Psychosen		Nichtpsychosen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Psychotische Wahnvorstellungen (Buße, Verfolgung, kein Ausweg, Angst)	6	14	2	-
Scham, Schande, Versagen	2	1	5	2
Angst vor der Zukunft	1	1	3	1
Körperliche Beschwerden	-	-	3	3
Lebensschwierigkeiten (Familie, Schule, Lehrer, Beruf, Wohnung, Geld usw.)	1	4	8	11
Verlust eines geliebten Menschen (Scheidung, Tod)	-	3	6	8
Milieuschäden (Heimerziehung, Trunksucht)	-	1	3	3
Einsamkeit (Öde, Freudlosigkeit)	1	2	-	2

Die Schwierigkeiten in der Beurteilung der wirklichen Tötungsabsicht beim SMV sind sehr mannigfaltig. In allen Einzelheiten soll darauf nicht eingegangen werden. Keineswegs ausreichend ist jedoch nur die Berücksichtigung des angewandten Mittels und die Schwere des Versuches (d.h. der zugefügten Selbstbeschädigung), die Planung und die Art und Weise der Durchführung allein.

STENGEL, DORPAT, BAER, SCHMIDT, E., DAHLGREN u.a. haben die Ernsthaftigkeit bei ihren Suicidalen untersucht, aber in keinem Fall objektiv überzeugende Kriterien für die Beurteilung der Ernsthaftigkeit in der Tötungsabsicht vorlegen können. Methodisch die beste Anleitung zur Untersuchung dieses Problems gibt STENGEL, indem er die Gefährlichkeit des SMV mit dem Grad des Tötungswillens in Beziehung setzt. Er teilt die Versuche in 4 Grade der Gefährlichkeit und 3 Grade der Tötungsabsicht ein. Die für letztere angegebenen Kriterien sind nach seinen Worten "hauptsächlich verhaltensmäßig und beziehen sich auf die bewußten Intentionen und Motive der Tat". Letztlich muß jedoch jede Untersuchung hierüber, da sie von zu subjektiven Ausgangswerten ausgeht, unbefriedigend bleiben.

Im Rahmen dieser Arbeit kam es darauf an zu wissen, ob ein Unterschied zwischen den Psychosen und Nichtpsychosen besteht, wo mehr unter Zwang gehandelt wurde, ob die Ausweglosigkeit und die Verzweiflung bei den Nichtpsychosen tatsächlich so groß war, daß man es tun mußte oder ob man es tat, weil es gewollt wurde. In der nachträglichen Betrachtungsweise aus der Sicht des Patienten können jedoch dergestalt Verschiebungen auftreten, daß er selbst erkennt, genügend Wege hätten noch offengestanden und er unter dem Eindruck dieser Erkenntnis für sich retrograde Freiheit in der Entscheidung zum SMV beansprucht.

Tab. 9 Zustandekommen des Entschlusses

Art des Entschlusses zum Selbstmordversuch	Psychosen		Nichtpsychosen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
zwanghaft (willenlos, getrieben, ausweglos)	4	15	6	4
paroxysmal	1	5	5	6
eigene Entscheidung ("freier Wille")	-	8	19	19

Wurde angegeben, daß der SMV zwanghaft und plötzlich ausgeführt wurde, so wurden beide Angaben in die Tabelle aufgenommen.

Aus obiger Zusammenstellung wird die Tendenz erkennbar. Man kann sagen, daß das zwanghafte, willenlose Getriebensein bei den psychotischen Suicidversuchen überwiegt. Die relativ hohe Zahl der sogenannten "eigenen Entscheidungen" bei den Frauen ist durch die Patientinnen mit depressiven Reaktionen (4) bedingt.

Übersehen werden darf auch nicht der Anteil des Zwanghaften bei den Nichtpsychosen. Es wurde hier die Ausweglosigkeit mehr im Sinne des Nicht-mehr-weiter-Wollens verstanden.

Die Belastungsinsuffizienz wiegt schwerer als der konkrete Todeswille, d.h. sofern hier von Wille überhaupt die Rede sein kann. Die Antworten auf die Frage "Welches Empfinden, welche Gedanken hatten Sie direkt bei der Ausführung?" hierzu in Relation gesetzt, zeigt, daß in höchstens 20 - 30% der Nichtpsychosen ein ausgesprochener Wille zum Sterben vorhanden war. Der Rest wich dieser letzten Entscheidung einfach aus. SCHMIDT, E. findet den größten Anteil der ernsten SMV bei den klassischen Psychosen, den der unernsten bei den abnormen Persönlichkeiten.

Zieht man noch schließlich die Motive, den Anlaß und die in der Person selbst gelegenen Gründe des SMV in Betracht, dann zeigt sich, daß die chronischen Konflikte eher zu ausgesprochenen Todeswünschen veranlassen als die Alltagsschwierigkeiten, welche zu einer momentanen Dekompensation in Form eines SMV führen.

STENGEL berichtet, daß "nur in einer geringen Zahl die Lebensgefahr und der Grad der Entschlossenheit der Patienten maximal war".

4. Religiöse Einflüsse auf den SMV

Frage: "Bestanden religiöse oder weltanschauliche Bedenken, die den Entschluß zum SMV mit beeinflußt haben?"

Man glaubt vielfach, daß vor dem SMV bzw. SM jeder Mensch schon deshalb zurückschrecken müsse, weil es etwaige religiöse Bindungen nicht zuließen, weil das Gewissen quälend in Erscheinung trete und so wenigstens noch eine Exculpierung in religiöser Hinsicht erfordere. Auch die letzte Instanz, in welcher sich der Mensch Rechenschaft für sein Tun und Handeln gibt, ist ausgeschaltet. Dies gilt vielleicht weniger für die, welche von einer religiösen Bindung an eine Kirche

oder einen Glauben ohnehin nichts halten. Überraschend ist, daß auch bei sonst gläubigen Menschen, die regelmäßig praktizieren, keine aus dem Gefüge des Glaubens entstehenden Hemmungen beim SMV auftreten. Man denkt einfach nicht daran. Ein Beweis mehr, wie sehr Teilbereiche der Persönlichkeit ausgeschaltet sind und in diesem Entschluß einfach umgangen werden. Es darf gar nicht erst zur Reflexion über die letzten Konsequenzen kommen, die Ernüchterung träte in vielen Fällen dann schon vor dem SMV und nicht erst hinterher ein. "Selbst religiöse Patienten beider Konfessionen, die immerhin ihre Einstellung durch das Bedürfnis, regelmäßig in die Kirche zu gehen, bekunden, haben vor dem Schritt in den Tod in der Regel alle Vorstellungen von Jenseits und Verdammnis völlig unbeachtet gelassen. Konkrete Vorstellungen über ein Leben nach dem Tode scheinen nicht häufig zu sein." (KOPP)

Nachstehend die tabellarische Aufgliederung der erhaltenen Antworten. Erwähnenswert ist die Tatsache, daß zwischen Psychosen und Nichtpsychosen kein grundsätzlicher Unterschied zu erkennen und der Anteil derer, die echte Zweifel und Skrupel hatten, verschwindend gering war. Bei den Psychosen wurden auch die religiösen Wahnvorstellungen mitberücksichtigt, sofern solche unmittelbar vor dem SMV aufgetreten waren.

Tab. 10 Religiöse Einflüsse auf den SMV

Art der religiösen Beeinflussung	Männer		Frauen	
	Psychosen	Nichtpsychosen	Psychosen	Nichtpsychosen
Religiöse Konflikte	1 (-)	2 (7%)	7 (25%)	5 (18%)
Keine religiöse Bindung	1 (-)	6 (20%)	2 (7%)	7 (25%)
Nicht daran gedacht	3 (-)	21 (73%)	17 (61%)	15 (55%)
Keine Angaben	1 (-)	-	2 (7%)	-

C) STELLUNGNAHME NACH DEM SELBSTMORDVERSUCH ZUR RETTUNG

Frage: "Sind Sie froh über das Mißlingen des SMV? Haben Sie weiterhin Selbstmordabsichten?"

Die Antworten auf diese Frage sind einander nicht gleichwertig, da die Patienten nicht alle in derselben Zeitspanne nach erfolgtem SMV bzw. nach Klinikaufnahme befragt werden konnten. Es ist häufig so, daß die Patienten unmittelbar nach Erwachen (z.B. bei Vergiftungen) oder sonstiger ärztlicher Notversorgung noch suicidal wirken, sei es in ihrem Verhalten oder in ihren Äußerungen. Nach 1 - 2 Tagen hat sich dann das Bild geändert: völlige Distanzierung vom SMV, man möchte nicht mehr darüber sprechen sondern einfach vergessen. Andererseits gibt es auch Patienten, die sofort nach dem Versuch die Sinnlosigkeit ihres Handelns einsehen und sich beschämt von dem als Kurzschlußreaktion deklarierten SMV distanzieren. Um über die Suicidalität nach dem Tentamen eine objektive Aussage machen zu können, müßten alle Patienten im gleichen Zeitabstand in der Klinik oder der ersten sich zeigenden Ansprechbarkeit beurteilt werden können. Ob diese Bedingungen bei den aus der Literatur zu entnehmenden Angaben zugrundegelegt wurden, geht aus ihnen nicht hervor und muß sehr bezweifelt werden, da eine solche Konstanz der Bedingungen aus praktischen Gründen kaum eingehalten werden kann. Deshalb muß hier auf eine diagnostische Aufschlüsselung verzichtet werden, um nicht Anlaß zu Fehlschlüssen zu geben. Aus der Erfahrung weiß der Kliniker ohnehin, daß die psychotischen SMV in ihrer Suicidalität auch weiterhin prognostisch sehr unsicher zu beurteilen sind und es z.B. für die Melancholiker ausgesprochen schwierig ist, geeignete Kriterien zur Diagnostik der Suicidalität anzugeben.

Tab. 11 Suicidale Tendenzen nach dem SMV

Suicidale Tendenz	Männer		Frauen	
	Psychosen	Nichtpsychosen	Psychosen	Nichtpsychosen
ambivalent	2 (-)	-	3 (11%)	5 (18%)
energische Distanz.	2 (-)	21 (72%)	16 (57%)	12 (44%)
weiterhin suicidal	-	8 (28%)	9 (31%)	10 (37%)
keine Stellungnahme	2 (-)	-	-	-

Bei einer vergleichbar gleich großen Anzahl von männlichen und weiblichen Nichtpsychosen scheint es bei den Männern zu einer schnelleren Distanzierung vom SMV zu kommen als bei den Frauen. Dies kann dadurch bedingt sein, daß die Frau emotional stärker unter den Nachwirkungen der Motive, Anlässe und des Selbstmordversuches selbst steht als der Mann.

Insgesamt scheint die Distanzierung bei den abnormen Persönlichkeiten geringer zu sein als bei den abnormen Erlebnisreaktionen der sonst psychiatrisch Unauffälligen. Man sieht, wie relativ hoch noch die Zahl der Patienten ist, welche nach dem Tentamen suicidal imponieren. Wieviel trotziges Verharren, Widerstand und Auflehnung gegen die "aufgezwungene Hilfe" des Arztes und wieviel echter Todeswille hierbei vorhanden ist, kann nicht beurteilt werden. Die suicidal wirkenden Patienten blieben jedoch auf jeden Fall solange in der Klinik, bis sie dem Arzt überzeugend einen gegenteiligen Eindruck machten. Dies dauerte durchschnittlich etwas länger als bei den Patienten, welche sich sofort und spontan von ihrem Suicidversuch distanzierten. Ob in den Fällen des längeren Festhaltens an SM-Gedanken nach dem SMV eine schlechtere Prognose für mögliche nachfolgende suicidale Handlungen zu stellen ist, müßte eingehend untersucht werden. STENGEL, E., SCHMIDT, E., RINGEL, E. und andere haben die Rezidivhäufigkeit bei SMV ganz allgemein untersucht. Sie wird im Schnitt mit 5 - 10% angegeben, je nachdem, welcher Zeitraum der nachfolgenden Untersuchung zugrunde gelegt wurde.

Tab. 12 Kontakt mit einem Arzt vor dem SMV

	Männer		Frauen	
	Psychosen	Nichtpsychosen	Psychosen	Nichtpsychosen
wenige Tage bis kurz vor dem SMV vom Arzt gesehene Patienten	2	6	7	10
SMV während des Klinikaufenthaltes	1	1	3	-
bis 4 Wochen nach der Entlass. neuer SMV	1	1	3	3

Wie wichtig die Beurteilung der Suicidalität in der Praxis ist, zeigt vorstehende Aufstellung, in welcher bei den Patienten vorliegenden Materials gezeigt werden soll, wieviele wenige Tage bis kurz vor dem Suicidversuch von einem Arzt gesehen wurden. Dies soll nicht besagen, daß in jedem Fall die Suicidabsichten hätten erkannt werden müssen. In der Mehrzahl sind es aber doch die Patienten mit langanhaltenden seelischen und körperlichen Beschwerden gewesen.

RINGEL gibt an, daß bei den von ihm untersuchten Suicidalen bis zu 80% unmittelbar vor dem SMV von einem Arzt gesehen worden sind. In vorliegendem Material war es ein schwaches Drittel. Sehr nachdenklich muß die Tatsache stimmen, daß immerhin 5 (7%) der 90 Patienten dieser Reihe während des Klinikaufenthaltes - sie waren alle durchweg wegen SMV in die Klinik eingewiesen worden - einen neuen SMV unternahmen. Die Verbringung auf eine geschlossene Abteilung wenigstens am 1. bis 2. Tag hat deshalb ihre Berechtigung. Die Rezidive waren hier insgesamt 9% innerhalb 4 Wochen nach der Hospitalisation wegen eines vorausgegangenen Suicidversuches.

Die Verantwortung, die sich aus diesen Tatsachen für den Kliniker ergibt, ist tatsächlich sehr groß. Sorgfalt und kritische Diagnostik der Suicidalität kommt letzten Endes dem Patienten zugute. IRLE sieht "Selbstbezichtigung und Schuldgefühle als ernste Vorzeichen; ebenso Äußerungen, nichts wert zu sein, für niemanden etwas zu bedeuten, versagt zu haben, vor einer versperrten Zukunft zu stehen. Bei Patienten, die man für suicidal hält, sollte man immer nach dem Zukunftsentwurf fragen, um zu sehen, welche protektiven Kräfte in ihnen noch lebendig sind!"

Diese Kräfte zu mobilisieren und mit entfalten zu helfen muß vornehmste Aufgabe eines jeden sein, der mit Lebensmüden in Berührung kommt. Vielen kann noch geholfen werden, wenn sie sich schon selbst aufgegeben haben.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden 55 Frauen und 35 Männer, die wegen eines SMV in die Klinik aufgenommen wurden, exploriert, um Fragen nach dem Unterschied zwischen dem SMV von psychotisch veränderten Patienten und nichtpsychotischen, aber sonstwie auffälligen Suicidalen zu klären hinsichtlich der Vorbereitungen, des auslösenden Ereignisses, der Wahl der Mittel, des Verhaltens im sozialen Umfeld, der Stimmungslage und der religiösen Einflüsse. Hierzu wurde ein Fragebogen ausgearbeitet.

Die Altersverteilung war charakteristisch mit 2 Gipfeln zwischen dem 20. - 25. Lebensjahr bei beiden Geschlechtern, zwischen dem 45. - 55. für die Männer und 45. - 50. Lebensjahr für die Frauen.

Passive Mittel wurden in 60% der Fälle angewandt; hiervon waren die meisten Schlafmittel, bei Männern und Frauen gleich häufig.

27 (55%) Frauen handelten im Affekt. Von den Männern waren es 22 (73%). Die übrigen zeigten suicidale Verhaltensweisen Wochen bis Tage vor dem SMV, besonders Psychosen, Psychopathen, Neurotiker.

Einen früheren SMV unternahmen 20 (33%) Frauen und 16 (45%) Männer.

SM oder SMV kamen in der Familie bei den 90 Patienten in 13 (14%) Fällen vor. Bei der Wahl der Mittel fiel auf, daß Psychotiker nahmen, was ihnen gerade erreichbar war (sofern keine Planung vorausging), Nichtpsychotiker dagegen, was ihnen gerade in die Hände fiel, obwohl sie noch andere Möglichkeiten gehabt hätten.

Psychisch erkrankte Patienten schienen ohne Geschlechtsunterschied zum Gebrauch von aktiven Mitteln zu neigen, Männer hierbei besonders zu Strangulation, Frauen mehr zum Ertränken.

Akute Belastungssituationen standen bei den abnormen Erlebnisreaktionen meist im Vordergrund. Die Motive waren personaler Natur. Angehörige, Freunde oder Arbeitgeber sollten hierdurch intendiert werden. Demgegenüber war das Motiv bei den Psychosen oft nicht einfühlbar.

Bei den abnormen Erlebnisreaktionen mußten bezüglich der Entschlußfassung 3 Gruppen unterschieden werden:
- die, welche trotz akuter Veranlassung verspätet suicidal reagierten,
- die, welche in akuter Belastung im affektiven Hochdruck durch einen SMV Entlastung suchten und
- die, welche sich im SMV eine Bewältigung ihrer chronischen Konflikte erhofften.

Bei den psychotischen Männern kam es in 1 Fall zur Planung, bei den nichtpsychotischen in 16 (45%) Fällen, während es bei den weiblichen Psychosen 10 (20%) und Nichtpsychosen 17 (31%) waren.

Der SMV ist nicht allein als ein Versuch sich zu töten anzusehen, sondern als letzte und äußerste Möglichkeit, diesen Tod durch Änderung der Situation von sich zu wenden.

Die Melancholiker erwarteten Zuwendung und Hilfe von außen, während die abnorm Erlebnisreaktiven vornehmlich über mangelnde Aussprachemöglichkeiten klagten. Die SMV der Neurotiker und Psychopathen trugen unverkennbar theatralische Züge mit dem Ausdruck einer sozial aggressiven Verhaltensweise.

Keine Ankündigung erfolgte bei den männlichen Psychosen, dagegen bei 12 (45%) der weiblichen. Die nichtpsychotischen Männer gaben in 9 (31%) Fällen eine Andeutung, die Frauen in 15 (55%).

66% der psychotischen Männer und 57% der psychotischen Frauen waren vor dem Tentamen auffällig suicidal verändert. Insgesamt betrug die Auffälligkeit der Männer 63%, der Frauen 62%.

8 (28%) der weiblichen Psychosen und 10 (43%) der Nichtpsychosen unternahmen den SMV ohne unmittelbare Anwesenheit dritter Personen; bei den Männern waren es 2 (33%) und 10 (34%) Nichtpsychosen.

Direkte Angst vor dem Tode wurde in keinem Fall zugegeben. Die wenigsten wurden sich der Irreversibilität ihres Handelns bewußt.

Das zwanghafte, willenlose Getriebensein überwog bei den psychotischen SMV. Chronische Konflikte veranlaßten mehr zu ausgesprochenen Todeswünschen als Alltagsschwierigkeiten.

Nur in geringem Umfang - 16 (17%) von insgesamt 90 Fällen - spielten religiöse Konflikte kurz vor oder während des SMV bei den Patienten eine bewußte Rolle.

Etwa 30% aller Patienten waren auch noch nach dem Tentamen suicidal.

5 (7%) der 90 Patienten unternahmen noch während des Klinikaufenthaltes einen SMV.

LITERATURVERZEICHNIS

ANDICS von, M. — Über Sinn und Sinnlosigkeit des Lebens
Gerold & Co, Wien; 1938

BAADER, I. — Der Selbstmord im kindlichen und jugendlichen Lebensalter
Med. Diss. 11. 2. 1952; Köln

BAER, R. — Pathocharakterologische Studien an Suicidalen
Med. Diss. 2. 2. 1965; München

BAPPERT, W. — Die Zunahme der Suicidversuche und ihre seelischen Hintergründe
Münch. Medizin. Wchschr. 104, 2; 2408 - 2413 (1962)

BAYREUTHER, H. — Über die Bedeutung der Umweltbedingungen für den Selbstmord
Archiv f. Psychiatrie und Ztschr. d. gesamten Neurologie, 199, 72 (1959)

Über den Selbstmord in der Nachkriegszeit
(Eine Untersuchung von 1200 Fällen aus einer süddeutschen Großstadt)
Archiv f. Psychiatrie und Ztschr. f. d. ges. Neurologie, 195, 204 (1956)

BERNFELD, S. — Selbstmord
Ztschr. f. psychoanalyt. Pädag. 3, 355 (1929)

BETHGE, Ch. — Untersuchungen zur psychologischen Problematik von Selbstmordhandlungen bei Jugendlichen
Phil. Diss. 22. 2. 1964; Leipzig

BIRK, H. — Der Selbstmordversuch
Eine statistische Erfassung von 1250 SMV in Hamburg aus den Jahren 1943 - 1948
Med. Diss. 6. 11. 1952; Hamburg

BLEULER, M. — Lehrbuch der Psychiatrie
10. Auflage mit Nachtrag, Springer, Heidelbg.

BITTNER, J. — Zur Analyse mißlungener Suicidversuche
(Ein Beitrag zur Erforschung der Persönlichkeit des Selbstmörders)
Med. Diss. 9. 2. 1954; Berlin (Humboldt-Univ.)

BLÜMMERS, K. — Über Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Melancholischen
Med. Diss. 16. 5. 1927; Bonn

BOCHNIK, H.J. — Verzweiflung - in: Randzonen menschlichen Verhaltens
Festschrift für Prof. Dr. med. Bürger-Prinz,
201 - 227; Enke, Stuttgart 1962

BOOR de, W. — Neuere Arbeiten über Psychologie und Psychopathologie des Selbstmordes und der Selbstbeschädigung
In: Fortschr. d. Neurol. und Psychiatrie, Bd. 17,
483 - 503 (1949)

BRICKENSTEIN, R. — Suicidale Verhaltensweisen von Soldaten
Wehrmedizin. Mtsschr. 10, 176 (1965)

CHADWICK, M. — Über Selbstmordphantasien
Ztschr. f. psychoanalyt. Pädag. 3, 409 (1929)

DABROWSKY, C. — Psychische Ursachen der Selbstverstümmelung
Eng. Ref. Zbl. d. Neurol. 86, 306 (1937)

DIRKSEN, H. — Über Selbstmord in Irrenanstalten
Med. Diss. 14. 7. 1929; Freiburg

DOCUMENTA GEIGY — Selbstmord
Sonderdruck zum III. Internationalen Kongreß für Selbstmordprophylaxe vom 22. - 25. 9. 1965 in Basel

DONALIES, G. — Statistische Erfahrungen an 3000 Fällen von vollendeten und versuchten Selbstmorden
Mtsschr. Psychiatrie 69, 380 (1929)

DORPAT, C. and BOSWELL, J.W. — An evaluation of sucidal intent in suicidal attempts
Comprehens. Psychiatr. 4, 117 - 125 (1963)

DREIKURS, R. — Zur Frage der Selbstmordprophylaxe
Allg. Ztschr. psychiatr. u. psychisch-gerichtl. Medizin, 93; 1930

DUBITSCHER, F. — Der Suicid
Aus: Arbeit und Gesundheit, Sozialmedizin. Schriftenreihe aus d. Gebiete d. Bundesminist. für Arbeit, Heft 61, Thieme, Stuttgart 1957

DUBLINEAU, J. — Selbstmord und Psychose
Franz. Ref. Zbl. d. Neurol. 55, 166 (1930)

EBBERT, J. — De suicidio (mit kasuistischen Beiträgen)
Med. Diss. 21. 1. 1913; Bonn

FEDERN, P. — Selbstmordprophylaxe in der Analyse
Ztschr. f. psychoanalyt. Pädag. 3, 379 (1929)

Die Diskussion über den Selbstmord
Ztschr. f. psychoanalyt. Pädag. 3, 333 (1929)

FINDEWIRTH, G. — Selbstmordversuche bei Jugendlichen
Med. Diss. 29. 1. 1942; Leipzig

FRANKL, V. — Homo (sapiens)patiens
Deuticke, Wien; 1950

FÜLLKRUG, G. — Der Selbstmord
Bahn, Schwerin; 1919

GAUPP, R. — Über den Selbstmord
2. verm. Aufl., Otto Gmelin, München; 1910

GEBSATTEL von, V.E. — Zeitbezogenes Zwangsdenken in der Melancholie
Nervenarzt 1, 275 (1928)

GREITHER, A. — Selbstmord und Erziehung
Meiner, Leipzig 1939

GROSCH, H. Die motivierten Depressionen und psychogene Reaktionen depressiver Färbung (Zur Problematik der sogen. Erlebnisreaktionen, der Psychohygiene und Hysterie)
Med. Habil., in: Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Psychiatrie und Neurologie, Hrsg. H. Schwarz, Greifswald, Heft 9 (1953)

GRUHLE, H. Selbstmord
Thieme, Leipzig 1940

HALLICH, M. Selbstmord und Selbstmordversuche in Hamburg von 1948 - 1958
Med. Diss. 29. 7. 1960; Hamburg

HEIMERZHEIM, W. Über den Selbstmordversuch bei nichtpsychotischen Persönlichkeiten
Med. Diss. 12. 3. 1933; Köln

HENDIN, H. The Psychodynamics of Suicide
Journ. Nerv. and Ment. Disease 136, 236 - 244 (1963)

HIRSCHFELD, M. Analyse der in den letzten Jahren (1915 - 1929) aufgenommenen Selbstmordfälle
Psychiatr. neurolog. Wchschr. 34, 229 (1932)

HOCHE, A.E. Vom Sterben
Jena 1919

HOFF, H. und RINGEL, E. Der Selbstmordversuch, seine Behandlung und Prophylaxe
Wiener Ztschr. f. Nervenhlkde 12, 286 (1956)

HÜBNER, A.H. Über den Selbstmord
Eine klinische und versicherungsrechtliche Studie
Gustav Fischer, Jena 1910

IRLE, G. Kriterien der Suicidalität
in: Schulte, W. Über das Wesen melancholischen Erlebens und die Möglichkeiten der Beeinflussung
Hippokrates, Stuttgart 1965

SCHMIDT, G. Erfahrungen an 700 Selbstmordversuchen
Nervenarzt 11, 353 (1938)

Selbstmordversuche Jugendlicher
Allg. Ztschr. Psychiatr. 112, 32 (1939)

SCHINKO, H. Über die Verursachung und Prognose reaktiver Suicidversuche
Med. Diss. 25, 9. 1958; Erfurt

SCHLETTER, E. Zur Psychologie des Selbstmordes
Internat. Ztschr. Indivi. psychol. 7, 7 (1929)

SCHMIDT, Ed.H. Evaluation of Suicide Attempts A Guide To Therapy Clinical and Follow-Up Study of One Hundred Nine Patients
Journ. Americ. Med. Association 155 (May-Aug.) 549 (1954)

SCHMIDT, Fr. Suicide und Suicidversuche im Verlaufe von Psychosen
Med. Diss. 3. 7. 1932; Bonn

SCHNEIDER, K. Klinische Psychopathologie
7. verb. Aufl., Thieme, Stuttgart 1966

SCHULTE, W. Über den Zugang zu melancholischen Kranken (Psychotherapeutische Bemühungen)
in: Über das Wesen melancholischen Erlebens und die Möglichkeiten der Beeinflussung
Hrsg. Schulte, W. Hippokrates, Stuttgart 1965

SCHULTZ, I.H. Zur Psychologie des Selbstmordes (Selbstvernichtung als Kampf gegen körperliches Leiden)
Nervenarzt 23, 67 (1952)

SCHWARZ, F. Probleme des Selbstmordes
Huber, Bern 1946

STELZNER, H. Analyse von 200 Selbstmordfällen nebst Beitrag zur Prognostik der mit Selbstmordgedanken verknüpften Psychosen
Karger, Berlin 1906

STENGEL, E. and COOK, N.G. — Attempted Suicide
Maudsley Monographs No 4
Chapman and Hall, London 1958

STENGEL, E. and COOK, N.G. — Suicide and attempted Suicide
Mc Gibbon and Kee, Bristol 1965

STENGEL, E. — Untersuchungen über den SMV und seine Beziehungen zum SM
Psychohygienische Vorlesungen, 208, Basel 1958

Selbstmord und Selbstmordversuch
in: Psychiatrie der Gegenwart, Forsch. und Praxis, Bd. III, Soziale und angewandte Psychiatrie, 51 (1961)

Neuere Forschungsarbeiten über das Selbstmordproblem
Anglo-Germ. Med. Rev. 2, 10 (1963) Stuttgart

STORCH, A. — Grenzsituationen der menschlichen Existenz
Schweiz. Ztschr. f. Psychol. u. ihre Anwend.
Bd. 1, 185 (1942)

TELLENBACH, H. — Melancholie
Springer, Berlin 1961

THOMAS, K. — Handbuch der Selbstmordprophylaxe
Enke, Stuttgart 1964

Zehn Jahre Ärztliche Lebensmüdenbetreuung
in: Das ärztliche Gespräch, Heft 7
Tropon Arzneimittel Köln, November 1967

TÖBBEN, H. — Über Selbstmorde Jugendlicher
Dtsch. Ztschr. gerichtl. Med. 14, 499 (1930)

UNGERN-STERNBERG von — Die Ursachen der Steigerung der Selbstmordhäufigkeit in Westeuropa während der letzten 100 Jahre
Veröffentl. aus d. Gebiet d. Medizinalverw.
Bd. XLIV, Heft 9, Schoetz, Berlin 1935

UNSELT, L. — Schizophrenie und Selbstmord
Med. Diss. 1950; Freiburg/Brsg.

VÖLKER, M. Untersuchungen an 146 Selbstmordversuchen und Selbstmorden
Med. Diss. 1. 7. 1959; Berlin (FU)

WASSERMEYER Über den Selbstmord
Arch. Psychiatr. 50, 255 (1912)

WEICHBRODT, R. Der Selbstmord
Karger, Basel 1937

WEXBERG, E. Zur Psychopathologie des Selbstmordes
Nervenarzt 1, 288 (1928)

ZUTT, J. Der Lebensweg als Bild der Geschichtlichkeit
(Über Krisen auf dem Lebensweg)
Nervenarzt 25, 426 (1954)

ZWINGMANN, Ch. Zur Psychologie der Lebenskrisen
Akad. Verlagsgesellschaft Frankfurt/M. 1962

Selbstvernichtung
Akad. Verlagsgesellschaft Frankfurt/M. 1965

Herrn Prof. Dr. med. W. SCHULTE, Direktor der Universitäts-Nervenklinik Tübingen, möchte ich an dieser Stelle herzlichst für die Überlassung des Themas zu vorliegender Arbeit sowie für die freundliche Unterstützung durch die Ärzte seiner Klinik danken.

Besonderen Dank möchte ich auch Herrn Prof. Dr. med. HAUG, Chefarzt der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik des Bürgerhospitals Stuttgart, aussprechen. Es war mir möglich, an seiner Klinik jederzeit Patienten im Rahmen dieser Arbeit zu explorieren.

Herrn Priv. Doz. Dr. med. G. IRLE, mittlerweile leitender Arzt der Stiftung Tannenhof, Evang. Krankenanstalten für Nerven- und Gemütskranke in Remscheid-Lüttringhausen, verdanke ich schließlich manche Anregungen und freundliche Bereitwilligkeit zur Betreuung in der Zeit der Anfertigung dieser Arbeit.

Lebenslauf

Am 30. Januar 1941 bin ich, Manfred Poppele, in Stuttgart geboren. Meine Eltern sind der Kraftfahrer Paul Poppele und dessen Ehefrau Viktoria, geb. Fendt. Ich habe einen um 2 Jahre älteren Bruder.

Nach 5jährigem Volksschulbesuch ging ich auf das humanistische Peutinger-Gymnasium in Ellwangen (Jagst). Dort bestand ich 1961 die Reifeprüfung.

Von 1961 bis 1962 leistete ich bei der Bundeswehr den Grundwehrdienst ab.

Im Sommersemester 1962 begann ich in Freiburg das Medizinstudium. Nach der naturwissenschaftlichen Vorprüfung 1963 studierte ich gleichzeitig 6 Semester Psychologie. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich 1965. Das 1. klinische Semester verbrachte ich in Würzburg. Im 2. und 3. klinischen Semester war ich an der Universität Tübingen immatrikuliert und begann hier mit der Doktorarbeit unter der Anleitung von Herrn Prof. Dr. Schulte. Ab dem Wintersemester 1966/67 studierte ich an der Universität Düsseldorf und bestand dort am 27. 7. 1968 das medizinische Staatsexamen.